

TRAITÉ
MÉDICO-CHIRURGICAL
DE
L'HÉPATITE SUPPURÉE
DES PAYS CHAUDS
GRANDS ABCÈS DU FOIE

TRAITÉ
MÉDICO-CHIRURGICAL
DE
L'HÉPATITE SUPPURÉE
des Pays chauds
GRANDS ABCÈS DU FOIE

PAR

L.-E. BERTRAND ET **J. FONTAN**

Médecin en chef de la Marine
Ancien professeur aux Écoles de médecine navale
Membre de la Société de médecine publique
et d'hygiène professionnelle

Professeur de chirurgie navale et de chirurgie
d'armée à l'École de médecine navale de Toulon
Membre correspondant
de la Société de chirurgie





PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

CHAPITRE I

HISTORIQUE GÉNÉRAL

Dans l'histoire de l'inflammation suppurative du foie, nous distinguerons trois grandes périodes : ancienne, moderne, contemporaine ; division, sans doute, arbitraire et toute de convention, mais procédé qui nous rendra la tâche plus facile et présentera, au lecteur, une relation moins fastidieuse qu'un exposé chronologique sans points de repère et sans temps d'arrêt.

1° Période ancienne

Elle comprend l'antiquité et le moyen-âge. L'observation médicale a pour principaux théâtres, à cette époque, l'Asie mineure, la Grèce, l'Italie méridionale, le Kalifat de Bagdad et l'Espagne du sud, pays appartenant, tous, à la zone chaude du globe. La période que nous considérons est donc, pour ainsi dire, entièrement, exclusivement exotique.

Bien que de nombreux auteurs nous paraissent avoir exagéré la part descriptive que les livres *Hippocratiques* ont accordée aux abcès du foie, il est positif que plusieurs documents de cette fameuse collection se rapportent nettement à l'hépatite suppurée. Par exemple, l'*aphorisme* 45 de la VIIe section, relatif au pronostic à tirer de l'aspect du pus provenant des abcès hépatiques et le paragraphe 55 du livre VII des *Epidémies*, présenté sous ce titre explicite : *abcès du foie à la suite d'une longue diarrhée* (1).

(1) « Le corroyeur de Cléotinus avait eu de la diarrhée pendant longtemps ; de la chaleur survint et il se forma au foie une tumeur phlegmoneuse qui descendait vers l'hypogastre ; le ventre se relâcha ; une autre tumeur se développa en haut dans l'hypochondre et il mourut. » (Traduct. *Littré*, t. V, p. 423).

On peut, par contre, tenir pour douteuse, eu égard à l'hépatite *suppurative*, la signification des passages suivants cités par divers ouvrages où ils sont présentés comme autant d'arguments à l'appui de cette assertion, incontestable d'ailleurs, qu'Hippocrate a observé la suppuration hépatique :

« Des tumeurs se forment dans le côté, et par le phlegme et par la bile de la même façon que dans le poumon » (1).

Or, l'acception du mot φυματα qui a pour équivalent, dans la traduction française, le mot *tumeur*, est très générale et très vague. On a groupé sous ce titre : de vraies tumeurs, des collections liquides, des tubercules, etc., et s'il est fait allusion, ici, à une formation de pus, rien ne prouve qu'elle soit au foie plutôt qu'à la plèvre droite.

Dans les deux propositions qui suivent, il s'agit bien d'une hépatite ; mais la nature *suppurative* du processus inflammatoire n'est pas suffisamment établie :

« Dans l'inflammation du rectum et dans celle de la matrice, il survient de la strangurie, ainsi que dans la suppuration des reins ; dans l'inflammation du foie, il survient du hoquet » (2).

— « Avec l'inflammation du foie, le hoquet est mauvais » (3).

Voici, maintenant, une observation où il est, pensons-nous, difficile de reconnaître le tableau symptomatique de l'hépatite suppurée :

« Apollonius d'Abdère dépérissait depuis longtemps sans s'aliter. Il avait les viscères gonflés et il portait, de longue date, une douleur habituelle dans la région du foie : dès cette époque, il était devenu ictérique ; flatuosités, couleur blafarde. Ayant dîné et ayant bu à contre temps du lait de vache, il ressentit d'abord un peu de chaleur et se mit au lit. Il fit usage en grande quantité de lait cuit et cru de chèvre et de brebis, il suivit un mauvais régime, et en lui tout souffrit grandement; car les fièvres s'aggravèrent, les évacuations alvines furent insignifiantes en proportion des choses administrées, l'urine fut ténue et en petite quantité, et il n'y eut point de sommeil; météorisme fâcheux, soif intense; coma ; gonflement de l'hypochondre droit avec douleur; extrémités partout un peu froides; léger délire de paroles ; le malade oubliait tout ce qu'il disait, il n'était plus à lui. Vers le *quatorzième* jour, à compter de celui où, ayant éprouvé du frisson et de la chaleur, il s'était alité, il eut le transport ; cris,

(1) *Des maladies*, liv. I, Littré, t. VI, p. 177.
(2) *Aphorismes*, sect. V, 58.
(3) *Ibid.* Sect. VII, 17.

agitations, beaucoup de discours, puis retour du calme ; c'est alors que le coma survint ; après cela le ventre se dérangea ; il y eut d'abondantes évacuations de matières bilieuses, intempérées et sans coction ; urines noires peu abondantes, ténues ; agitation violente ; l'apparence des selles était variée, elles étaient ou noires peu abondantes, virulentes, ou grasses, mordantes et sans coction ; par intervalle, elles paraissaient même semblables à du lait. Le *vingt-quatrième* jour, il y eut du calme ; du reste, l'état fut le même ; le malade eut de petits retours de connaissance ; depuis le jour où il avait pris le lit il ne se souvenait plus de rien ; bientôt après, il recommença à délirer ; tout alla en empirant. Vers le *trentième* jour, fièvre aiguë ; selles abondantes, ténues ; délire ; extrémités froides ; perte de la voix. *Trente-quatrième* jour, mort. Ce malade, depuis le moment où je le vis, eut toujours le ventre dérangé, l'urine ténue et noire, du coma, de l'insomnie, les extrémités froides et le délire. Phrénitis » (1).

Il nous paraît, enfin, que, malgré l'indication de certains signes diagnostiques, la suppuration du foie n'est pas nettement caractérisée et peut être contestée, dans les chapitres 27, 28 et 29 des *affections internes* (2), où Hippocrate signale trois variétés d'hépatite : l'une, qui est accompagnée, il est vrai, de dyspnée et de douleur au foie, sous les dernières côtes, à l'épaule, à la clavicule et à la mamelle, mais se juge en sept jours ; l'autre qui survient, pendant l'été, chez ceux qui se nourrissent de viande de bœuf et font des excès de vin, dans laquelle le foie se gonfle et durcit, et dont le traitement consiste en une cautérisation que l'on peut regarder plutôt comme un moyen de révulsion que comme un procédé de dierèse ; la troisième, où, la bile du foie remplie de phlegme et de sang ayant fait éruption, le malade a le transport, se fâche, parle hors de propos et aboie comme un chien, etc. »

Celse (3) nous a donné, dans son *Traité de la médecine*, la première description didactique, connue, de l'hépatite suppurée. C'est, à vrai dire, plutôt une esquisse qu'un tableau symptomatique parachevé, mais les traits en sont trop précis pour qu'on puisse hésiter à se prononcer sur la nature de la maladie qu'elle représente :

« Alterius quoque visceris morbus, id est, jocinoris, aeque modo longus, modo acutus esse consuevit ; ηπατιχον grœci vocant. Dextrà parte sub praecordiis vehemens dolor est ; idemque ad latus dex-

(1) *Épidémies*, liv. III, treizième malade.
(2) Trad. *Littré*, t. VII.
(3) 3 ans après J.-C.

trum et ad jugulum, humerumque partis ejusdem pervenit : nonnunquam manus quoque dextra torquetur : horror validus est : ubi male est, bilis evomitur ; interdum singultus prope strangulat. Et haec quidem acuti morbi sunt. Longioris vero, ubi suppuratio in jocinore est ; dolorque modo finitur, modo intenditur ; dextrâ parte praecordia dura sunt et tument ; post cibum major spiritus difficultas est ; accedit maxillarum quaedam resolutio. » (1)

Après avoir ainsi exposé la marche de l'hépatite et les signes cliniques qui lui sont propres, Celse indique, comme moyens thérapeutiques médicaux, la saignée et les purgatifs, énumère les topiques à appliquer sur le côté malade, conseille l'hydrothérapie et dit, en terminant, que, quand l'abcès est formé, l'ouverture chirurgicale en est possible.

Plusieurs chapitres d'Arétée (2) sont consacrés à l'étude de l'hépatite suppurative. Le plus explicite est le chapitre XIII du livre I de son traité « *De causis et notis diuturnorum morborum.* » Il y décrit les troubles fonctionnels que provoque la suppuration du foie, les signes locaux qui l'accompagnent ou la suivent, la tendance du pus à se faire jour au dehors, les voies qu'il suit pour y parvenir et la thérapeutique chirurgicale qui est applicable à l'abcès.

« Cœterum quae ad inflammationem attinent, in libro de acutis morbis proposui. Quodsi in pus convertitur, dolor acutus ad jugulum usque aut ad summum humerum pertinet..... Ignis acer cum horroribus in suppuratione exoritur ; tussis arida non admodum crebra dinexat ; colore herbaceo aegri tinguntur ; tumor sub mammis aut sub costis oritur ; multi autem membranae peritonaei tumorem esse falsò crediderunt, Verum si tumor sub spuriis costis fiat, quum premitur, dolor excitatur ; jecur intumescit : humiditate namque refertum est... Porrò si ad interiora subit abscessus, longe medico natura praestat ; aut enim ad intestina aut ad vesicam pus couvertet ; verum multò innocentior est in vesicam via. At si extra feratur abscessus, ipsum non secare utique malum est... ».

Aëtius nous a conservé et transmis, intercalés dans le texte de ses *quatre livres* (3), quelques fragments d'Archigène (4) où

(1) *De medicinà.* lib. IV. Cap. III (*De Hepatitide*). édit. de l'Encyclopédie. Paris 1837, p. 157.

(2) 81 ap. J.-C. — *De causis et signis acut. morb.* lib. II. Cap. VII. — *De causis et notis diuturn. morb.* lib. I. Cap. XIII. in H. Stephan. *Medicae artis principes post Hippocratem et Galenum* 1567. T. I et A. Haller. *Artis medicae principes* Lausan. 1772, T. V.

(3) *Medicinae tetrabibli*, lib. III, Serm. II. Cap. IV *(De hepatis abscessu)* et cap. V *(Cura hepatis exulcerati)* in H. Steph. t. II, p. 515.

(4) 97 ans après J.-C.

sont mentionnés les symptômes de la suppuration hépatique, les diverses migrations du pus, les topiques à employer, le procédé chirurgical à mettre en œuvre, les trajets fistuleux consécutifs à l'évacuation des abcès et les moyens auxquels on peut avoir recours pour en poursuivre l'occlusion. Le redoublement que présentent, dans leur intensité et leur acuité, les symptômes locaux et généraux, au moment où le foie suppure, la détente qu'ils subissent quand la suppuration est achevée, sont clairement signalés dans les lignes ci-dessous, extraites du chapitre IV :

« Quodsi inflammatio ad permutationem apte se habeat, hoc est, principium permutationis ad suppurationem jam suscepit, omnes praedictae de inflammatione accessiones augebuntur : dolores (inquam) et febres, et delirium, anxietas, desperatio, cibi fastidium et displicentia ; maxime ab ejus acceptione. A rigoribus autem fere in totum febriles accessiones initium sumunt, praesertim si ad vesperam exacerbationes fiunt. Adjuvare igitur permutationem ac puris eruptionem oportet, ut quam celerime fiat, ne majora inde corpora corrumpantur... Quum autem perfecta suppuratio fuerit, dolores remittent omnesque accessiones mitiores apparebunt. »

Galien (1), tout en traçant le tableau symptomatique des affections du foie en général, a donné, de l'hépatite, une description correcte et, sous certains rapports, plus complète que celle de ses devanciers.

« Voici les signes qui indiquent une affection du foie : de la pesanteur dans l'hypochondre droit ; une douleur lorsqu'on soulève à dessein tout l'hypochondre ; une autre douleur s'étendant jusqu'à la clavicule, car cela arrive ainsi parfois ; une toux faible ; la couleur de la langue est rouge au début, puis elle prend une teinte noirâtre ; un violent dégoût des aliments et une soif incessante ; des vomissements de bile jaunâtre et pure et parfois ensuite couleur de rouille. Le ventre aussi est resserré, à moins que l'inflammation ne survienne par atonie du viscère.

Les inflammations des parties concaves du foie engendrent, de plus que les inflammations des parties convexes, du dégoût, des nausées, des vomissements bilieux et une soif violente, de même que les inflammations des parties convexes offrent, en plus que les inflammations des parties concaves, une douleur plus aiguë dans les respirations, qu'elles provoquent une petite toux, enfin qu'elles pro-

(1) Mort en 200.

pagent la douleur jusqu'à la clavicule droite, et à un tel point que cet os semble tiré en bas » (1).

Mais le document le plus curieux que le médecin de Pergame nous ait laissé, sur la suppuration du foie, est l'observation, souvent citée, d'une hépatite *dysentérique* qu'il put diagnostiquer avant d'avoir interrogé le patient.

« Pendant ce discours, nous étions arrivés à la porte du malade... à la première porte, nous rencontrons un domestique qui, de la chambre à coucher, portait à la fosse au fumier un bassin contenant des excréments semblables à de la lavûre de chair, c'est-à-dire une sanie ténue et sanguinolente, signe constant d'une affection du foie. Sans paraître avoir rien vu, je me rends avec Glaucon près du médecin et j'approche la main de son bras, voulant connaître s'il y avait inflammation du viscère ou simplement atonie. Le malade, qui était médecin, comme je l'ai annoncé, dit qu'il venait de se recoucher après avoir été à la selle: « Calculez donc, ajouta-t-il, que la fréquence du pouls est accrue par l'effort que j'ai fait pour me lever. » Ainsi parla-t-il, et moi je trouvai là un indice d'inflammation. Ensuite, voyant placé sur la fenêtre un pot contenant de l'hysope préparée avec de l'eau miellée, je réfléchis que le médecin se croyait atteint de pleurésie, parce qu'il ressentait aux fausses côtes la douleur qui, parfois, survient aussi dans les inflammations du foie. Je pensai que, comme il éprouvait cette douleur, sa respiration était fréquente et petite, qu'il était tourmenté par de courts accès de toux ; en un mot, il se croyait pleurétique, et, en conséquence, avait fait une préparation d'hysope et d'eau miellée. Comprenant donc que la fortune m'offrait un moyen de m'élever dans l'estime de Glaucon, je portai la main aux fausses côtes du côté droit du patient et, indiquant le lieu, je dis qu'il souffrait en cet endroit. Le malade l'avoua, et Glaucon, croyant que le pouls seul m'avait suffi pour diagnostiquer le lieu affecté, était dans une admiration visible. Pour l'étonner davantage, j'ajoutai : si vous avez reconnu que vous souffrez là, convenez encore que vous éprouvez le besoin de tousser, et qu'à d'assez longs intervalles vous êtes saisi d'une toux petite et sèche, sans expectoration. Comme je disais ces mots, il toussa par hasard précisément de la façon que j'indiquais... Bientôt, lui dis-je, vous éprouverez un tiraillement de la clavicule, si déjà vous ne l'avez pas ressenti. Il avoua le fait » (2).

Longtemps après Galien, au quatrième siècle de l'ère chrétienne,

(1) *Des lieux affectés*. Chap. VIII, du livre V, traduct. *Daremberg*, Paris, 1856, p. 11.

(2) Chap. IX.

Oribase (1) s'est occupé des maladies du foie en une série de chapitres intitulés : *de Jecoris affectionibus* (Chap. XIX) ; *de Jecoris imbecillitate* (Chap. XX) ; *de Scirrho jecoris* (Chap. XXI), etc. Mais toute cette histoire est très confuse et ne vaut certainement pas la description médicale d'Aëtius (2) dont le mérite est, il est vrai, fort diminué par cette considération qu'elle est tard venue et largement inspirée des écrits d'Archigène et de Galien.

« Inflammato itaque hepate, dextri ilii tumor consequitur, et maxime si gibbosà parte inflammatio fuerit ; facilius per tactum cognoscitur tumor, gravitasque coïncidit ilium totum distrahens, et dolor in dextram usque claviculam ac scapulam pertingit, ut convelli penitus aeger videatur. Linguae color in principio quidem rubicondior sit, postea vero denigrescit, appetitus defectio fastidiumque cibi vehemens, et implacabilis sitis ; vomitus quibusdam contingit, bilis purae atque etiam vitellinae, post autem et aeruginosae. Alvus autem ipsis est adstricta, si sane cum visceris debilitate inflammatio est oborta. Febris adest acuta inæqualis, quæ plerumque ad vesperam et noctem exacerbatur ; sequitur et spirandi difficultas, tussiculaeque parvae, ut plurimum siccae, perquas nihil omnino rejectatur. Aliquando autem per vomitum biliosa pauca quædam rejectantur, quæ res plerosque decepit, qui ex pleuritide hanc aductionem fieri putaverunt.

Hepate etenim inflammato, tumor secundum lineamenta rotundus, figura videlicet ipsius hepatis, succumbit quique ad corporis decubitum simul conformatur. Major enim apparet corpore ad sinistrum latus inclinato ; minor autem rursus ad dextrum revoluto ; minimum hepate sub nothas costas cedente, neque visui, neque tactui similiter succumbente. »

Le traitement consiste surtout, en saignées, ventouses scarifiées, topiques émollients :

« Porro hepate inflammato, sanguinis detractionem experiri oportet a cubito, si nihil id fieri praepediat. Incidenda autem in dextro cubito vena interna, ita ut substratam arteriam observemus ; quae si non appareat, media ; si vero neque ipsa appareat, superior... Sequenti a venae sectione die, cucurbitae cum scarificatione affligendae, rursumque post unam diem cucurbita apponenda, non pauci enim a secundà earum adhibitione opem senserunt magis quam à priore. At vero ante venae incisionem et post eam, fomentis utendum ut et ex lanis succidis oleo imbutis et impositis... Si vero fervor adhuc perseveret, cotonea mala cum polenta imponenda.

(1) *Synops. ad Eusthatium filium* in H. Steph. t. I.

(2) Op. cit. Cap. III. Serm. II : *De hepatis inflammatione et cognoscendo utrum hepar an musculi ejus sint inflammati* in H. Steph. t. II.

Remittente autem vehementi calore ficus optimas et althaeae radicem decoquito, et decocto eorum semen lini, farinasque hordei, fœni graeci, ac lolii infarcito. »

Alexandre de Tralles (1) et Paul d'Égine (2) ne semblent pas avoir contribué à l'histoire clinique ou thérapeutique des abcès du foie par l'apport de matériaux nouveaux et personnels, mais plusieurs passages de leurs œuvres témoignent qu'ils possédaient, sur les maladies du foie en général et l'hépatite suppurative en particulier, des connaissances très complètes pour l'époqne où ils vivaient. C'est ainsi, qu'à propos de l'inflammation qui affecte la partie convexe du foie, le premier de ces auteurs écrit :

« Febrim invehit ardentem, vomitum biliosum et aeruginosum; frequenter jugulum detrahit, tussiculam movet, septum transversum coarctat, et gravitatis potius quam inflammationis sensum infert. »

Quant à Paul d'Egine, il a présenté, dans les quelques lignes qui suivent, le résumé des symptômes qui marquent plus spécialement le stade de suppuration :

« Proinde si in abscessum inflammatio vertatur, et dolor et distensio ipsis augetur et rigores praeter rationem accedunt, et in sinistrum latus decumbere non possunt hepate magis dolentes. Rupto autem abscessu, aut per urinas aut per ventrem aceruata puris excretio contingit. ».

Alexandre de Tralles et Paul d'Egine sont, dans l'ordre chronologique, les derniers noms appartenant à la littérature gréco-romaine.

Leurs ouvrages analysés, il faut, pour trouver quelque document de nature à intéresser l'histoire de l'hépatite suppurative, atteindre jusqu'aux Xe ou XIIe siècles et chercher dans les écrits des médecins arabes, Avicenne, Hali-Abbas et Albucasis.

Avicenne (3) a longuement traité des abcès du foie (4). Leur étude est présentée sous ce titre significatif : *De apostematibus hepatis et solutione continuitatis ejus.* Elle comprend plusieurs chapitres sur le sens et la portée desquels il est impossible

(1) VIe siècle. — *De arte medicà.* lib. VIII. Cap. I (*de inflammatione jecoris*). Cap. II (*de obstructione jecoris*). Cap. III (*de imbecillitate jecoris et dysenteria*), in H. Steph. t. I et A. Haller, t. VI.

(2) *De re medicà libri septem.* lib. III. Cap. XLVI. in H. Steph. t. I.

(3) 978.

(4) *Canon medicinae.* Op. omnia. Ex gerardi Cremonensis versione. Venetis. 1608. lib. III. fen. XIV, tract. III.

de se méprendre, vu l'étiquette de chacun d'eux : *sermo universalis de apostematibus hepatis* (chap. I) ; *de signis universalibus apostematum hepatis communium* (chap. II) ; *de differentia inter apostemata hepatis et apostemata lacertorum super ipsum mirach* (chap. III) ; *de apostemate callido* (chap. IV) ; *de phlegmone in hepate* (chap. VI); *de curâ apostematis callidi et sanguinei* (chap. XII).

Au chapitre II (*De signis universalibus*, etc.), il analyse soigneusement les divers modes de décubitus et les autres signes de l'inflammation, selon qu'elle affecte la partie convexe ou la partie concave du foie ; mais, comme il est facile de le voir, son exposé symptomatique n'est guère qu'une paraphrase des descriptions de Galien, Archigène et Aëtius :

« Et habentes quidem apostemata hepatis proprie calida, et magna, non possunt dormire super latus dextrum. Et gravat eos dormire super latus sinistrum, propter tensionen apostematis ad inferiora ; imo plurima inclinatio eorum est ad dormiendum resupine, et si apostema est in latere giboso, invenitur gravitas illic, et sentitur tensio apud suspensoria et cadit tactus illic super apostemata manifestius... et accidit tussis sicca et constrictio anhelitûs... quum autem apostema est in concavitate et latere inferiore, est gravitas minor propter suam sustentationem super stomachum, et non sunt tussis et constrictio anhelitùs de quibus sit curandum et non cadit sub tactù casus de quo sit curandum. »

Hali-Abbas (1), contemporain d'Avicenne, et Albucasis (2), né en Espagne vers 1122, ont accordé plus d'attention à la thérapeutique chirurgicale de l'abcès du foie qu'à son histoire médicale. Nous rencontrons, cependant, dans le dernier de ces deux auteurs, de judicieuses remarques sur les caractères variables de la douleur au cas d'abcès profond, ou d'abcès parvenu à la surface de la glande, au contact de la capsule de Glisson et du péritoine :

« Quando acciderit in jecore tumor, et scire cupias si is tumor fuerit in carne jecoris, vel in tunicà ejus : equidem si fuerit in carne jecoris, invenies infirmum gravitatis sensu et dolore minime acuto laborantem. Quod si in tunica jecoris, cum dolore erit acuitas fortis (dolor erit acutior valde). »

(1) *Pratique*, lib. IX, Cap. LXXV : *de epate in quo emissio est coquendo* ; cité par Allan Webb. *Pathologia Indica*. Calcut. 1848.

(2) Traduct. Channing. Oxonii, 1778. vol. I : *de tumore jecoris cauterio perforando*, cit. du même auteur.

II. Période moderne.

Cette période s'ouvre après une interruption de plusieurs siècles, pendant laquelle la médecine semble s'abstraire, volontairement, de toute observation directe, pour s'immobiliser et se cristalliser, en quelque sorte, dans un stérile commentaire d'Aristote et de Galien.

Elle débute à la Renaissance et nous lui assignons pour terme arbitraire le milieu du XIXe siècle.

Les nombreux travaux qui lui appartiennent peuvent être répartis en deux séries assez distinctes, quoiqu'à dater d'une certaine époque, elles s'entrecroisent et se mêlent : l'une Européenne ou *nostras* ; l'autre coloniale ou *exotique*.

Série Européenne ou nostras. Nous ne saurions la négliger sous prétexte que nous étudions l'hépatite endémique des pays chauds, car elle a puissamment aidé au progrès de nos connaissances par une riche moisson de notions nouvelles et sert, naturellement, de transition entre la médecine antique et la médecine pratiquée, aux foyers d'endémicité, par les modernes et les contemporains.

Le premier auteur de la série, *Fernel* (1), a reproduit, en l'amplifiant, mais sans y rien ajouter d'essentiel, la description ancienne et classique de l'hépatite suppurée :

Inflammationis notae sunt gravitas, dextrà praecordiorum parte dolor, (quum maxime ea sedes attingitur) a jugulo ad costas nothas protensus, ob conclusam materiae congeriem quae succingentem thoracis membranam convellit. Hac ratione et spiritus difficultas et tussis exigua eaque sicca inest quà nihil excreatur. His igitur notis atque doloris situ distat a pleuritide. Febris ex inflammatione fit ardens, et acuta, sitis inexhausta, linguae scabrities et hinc lentor inhaerescens ; primum quidem flavus, deinde nigricans ; nausea et cibi fastidium ; interdum singultus propé strangulans ; soepe corporis color ictero fœdatus ; urinae crassae, rubicondae ae turbidae. » (2).

Son œuvre personnelle, en cette étude, se réduit à un essai de physiologie pathologique, expliquant l'hépatite par la congestion du foie et la putréfaction du sang extravasé :

« Hepatitis est jecoris inflammatio quà sanguis illius parte quà-

(1) 1497-1558.

(2) *Universa medicina*, Genèv. 1680 : *Patholog*. lib. VI, Cap. IV. *De morbis jecoris*, p. 495.

dam praeter naturam collectus incenditur... Fit autem dum sanguis ipse... in visceris corpus copiosor succedit. Tum extra propria vasa putrescit et inflammatur ; simulque imbutam carnosam partis substantiam labefactat atque corrumpit ; hinc plerumque sinus excavatur. Primum igitur sanguis vertitur in putridam saniem, ac tum inflammatio est ; sanies deinde caloris nativi beneficio in pus abit ; ea ipsa puris collectio abscessus dicitur. »

C'est également en vain qu'on chercherait des traits originaux dans les descriptions symptomatiques de Lommius (1) et de Sennert (2), encore que le premier ait signalé, donnée neuve, les formes traînantes de l'hépatite, et montré, en mentionnant certains caractères de l'expectoration (crachats *pourris*), qu'il avait, probablement, vu des abcès du foie vidés par les bronches.

Mais déjà Th. Bonet avait consigné dans son célèbre *Sépulchretum* (3) plusieurs observations anatomiques et cliniques d'hépatite suppurée qui ont mérité, les unes la critique, les autres les éloges de Morgagni (4) : et Ambroise Paré (5) avait signalé les *apostèmes* du foie consécutifs aux traumatismes du crâne.

Voici comment s'exprime, sur ce sujet, celui qu'à juste titre, on a surnommé *le père de la chirurgie française* :

« D'abondant noterez que souventes fois une plaie faite au crâne, cause une apostème au foye. Ce que Robert Greaume, doyen de la Faculté de médecine, et Binosque, chirurgien-juré à Paris, et moy, avons vu puis naguères en trois patiens. Et si tu m'objectes que telle apostème

(1) Van-Lom (*Lommius*), médecin à Tournai en 1557. — *Tableau des maladies*, traduct. Le Mascrier. Paris, 1765. Liv. II : *Inflammation du foie.*

(2) 1572-1637. — *Op. omnia*, Lugd. 1656. *Medicinae practicae*, etc., lib. III, part. VI, sect. I, cap. IV : *de hepatis imflammatione.*

Sennert a très-bien distingué l'hépatite de la convexité et celle de la face concave en écrivant que, dans celle-ci, les symptômes relèvent principalement de l'estomac et de l'intestin, tandis qu'ils sont surtout thoraciques dans celle-là. Il a, enfin, résumé nettement les signes de la suppuration agissante et faite : « Signa inflammationis suppurantis sunt dolor, febris, aliaque symptomata ingravescentia, rigores nullo ordine invadentes, quos caloris exacerbatio sequitur. Confecto pure omnia illa mitescunt, vires tamen debiliores relinquuntur. »

(3) Theophili Boneti, medicinae doctoris *Sepulchretum*, sive anatomia practica ex cadaveribus morbo denatis, etc. Genev. 1700, t. II, sect. XVII (*de hypochondriorum dolore*). Obs. I et II.

(4) *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis.* Lovanii 1766. Lettre XXXVI : *Verba fiunt de tumore et dolore hypochondriorum.*

(5) 1517-1590.

estoit ja concréée auparavant le coup donné : à ce je respons que les patiens auparavant estre blessez avoient une vive et naturelle couleur, sans aucun signe d'estre hépatiques et estoyent bien habituez : ce que tu pourras voir par expérience y prenant garde, comme l'ay fait. La cause de ce, peut estre que nature se sentant offensée par la grande véhémence du coup, collige et retire à son secours, les forces et vertus de toutes les parties du corps (qui sont le sang et les esprits) vers le cœur et le foye ; ainsi qu'il se fait en quelque partie, lorsque le sang coule en plus grande quantité qu'il n'est besoin pour sa nourriture ; dont le foye ayant receu plus de sang et esprits, lesquels ne peuvent estre deument euentilez, pour l'exiguité et angustie (c'est-à-dire pour la petitesse et estroiseur de ses vaisseaux) alors se fait fièvre et apostème phlegmoneuse en sa propre substance dont la mort s'en suit » (1).

Parmi les noms qui ressortissent à cet historique général, viennent ensuite : Fabrice d'Aquapendente (2), qui discute la question de l'intervention chirurgicale ; Rondelet (3), dont la description n'est, à vrai dire, qu'une réminiscence des anciens ; et Fabrice de Hilden (4), qui, lui du moins, a le mérite de nous présenter la relation de circonstances cliniques et anatomiques observées.

C'est cette considération qui sauvera de l'oubli les compilations de Manget (5), masse énorme de documents où ce médecin a réuni, accompagnées de commentaires et de préceptes didactiques, une foule d'observations dont deux, surtout, sont dignes de remarque, en raison de la nouveauté du fait indiqué par leur titre : *In dysenterico hepar sphacelatum inventum. — In dysenterico hepar siccum pallidumque fuit cum abscessu prope cystin-fellis alio in mesenterio.*

Nous devons une mention historique spéciale à l'illustre Boerhaave (6), moins pour l'originalité de ses aperçus que pour l'exactitude et la précision de son exposé clinique, la netteté de ses indications diagnostiques et la sûreté de ses conseils

(1) *Œuvres*. Paris, 1585, liv. X : *Des playes en particulier.*

(2) *Œuvres chirurgicales*. Lyon 1670. Partie seconde : *Des opérations chirurgicales.*

(3) *Opera omnia medica*, 1620. *De hepatis inflammatione.*

(4) *Opera quæ extant omnia*. Francoforti ad Mœnum, 1646. Centuria II. Obs. XXXIV et XXXIX. *De efficaci medicinâ*, etc.

(5) *Bibliotheca medico-practica*. Genev. 1685, t. I, liv. V, et *Bibliotheca chirurgica*. Genev. 1721, t. II, lib. VIII.

(6) 1668-1738.

relatifs au traitement, qualités auxquelles les plus grands médecins du XVIIIe siècle, Van Swieten (1), entr'autres, ont rendu un juste hommage. Voici, par exemple, en quelques lignes, le tableau complet des signes de la suppuration hépatique et des migrations du pus :

« 933. Si autem in hepate inflammato remedia non, sero, frustra applicata ; causa major ; tum orietur suppuratio jecoris, similis ut alibi, nisi quod ob copiam multi hic liquidi cruenti et biliosi stagnantis raro bonum pus, nisi in parvis et exterioribus, plerumque vero funesta putredo.

» 934. Cognoscitur id futurum : 1° Ex signis progressae inflammatonis in loco, dolore inflammatorio, ictero flavo in oculis, cute, urina, faece alvi apparente, febre acutà. 2° Ex abstentià resolutionis, cocti, excretionis, aut sanationis. 3° Ex mutatione symptomatum, remissà acutie doloris, sequente pulsatione, manente ictero, horroribus vagis. 4° Ex duratione inflammationis non pessimae ultra triduum.

» 935. Factum novimus : 1° Ex signis praegressis ; 2° tumore loci ; 3° mutatione symptomatum, loco doloris jam praesente gravitate partis, manente ictero ; 4° ex debilitate magnà, febriculà hecticà, siti ingente.

» 936. Tale apostema vel : 1° totum depascitur jecur ; 2° vel rumpitur in cava abdominis, effuso pure sanioso ; vel per vasa biliosa in intestina ; 4° vel per venam cavam in cruorem ; 5° vel elato tumore accrescit peritonaeo, atque ibi abscessum externum hepatis format, ibi apparentem ».

Un ouvrage souvent cité par les historiens de la médecine, le livre de Bianchi (2), appartient au commencement du XVIIIe siècle. L'auteur y traite de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du foie. Dans cette troisième partie, au chapitre « *de hepatis phlegmone,* » il s'efforce, à coups d'arguties, d'établir un diagnostic entre l'hépatite *chaude ou aiguë* et l'*érysipèle du foie*, affection qui correspond, sans doute, à notre péri-hépatite ; trace, de l'abcès du foie, dans un autre chapitre « *de hepatis abscessu atque ulcere,* » un tableau conforme aux errements traditionnels ; et enfin, sous la rubrique « *Historiae abscessuum* et *vomicae hepatis,* » rapporte quelques observations dont une avec relation médicale par Massa et relation chirurgicale par Berta.

L'intérêt historique des écrits de Pringle (3) et du chirurgien

(1) *Commentaria* in Hermanni Boerhaave, *aphorismos de cognoscendis et curandis morbis.* Parisiis, 1758.

(2) *Historia hepatica.* Genev. 1724.

(3) *Observations sur les maladies des armées*, 1752. De l'*inflammation du foie*, édit. de l'Encyclop., part III. Chap. II, p. 64.

français de la Motte (1), quant à la suppuration du foie, est entièrement dans les récits qu'ils ont tirés de leur pratique. Pringle a noté plusieurs abcès d'origine dysentérique, trouvailles d'autopsie ou constatations cliniques, et de la Motte, en présence de malades porteurs d'abcès hépatiques, s'est montré clinicien expert en l'art du diagnostic, autant que hardi chirurgien. Dans l'un des cas qu'il a vus et traités, l'abcès était si volumineux qu'une incision, faite pendant la vie, donna issue à une livre et demie de pus, et qu'à l'autopsie, il fut possible d'introduire le poing dans sa cavité et de l'y tourner librement.

Quant à Haller (2) et à Lieutaud (3), qui, vu la date à laquelle leurs travaux furent publiés, se placent chronologiquement entre Pringle et de la Motte, nous devons, au moins, les mentionner, car le premier a insisté à l'aide d'exemples cliniques (4), sur les difficultés du diagnostic de l'hépatite suppurée et le second a écrit, sur cette même maladie, une étude d'ensemble qui, si elle est sans grand éclat, est pourtant très soignée et très complète (5).

L'existence brillante et éphémère de l'*Académie royale de Chirurgie* a laissé sa trace dans l'histoire de la pathologie hépatique, par les importants mémoires de J. L. Petit (6), de Petit (le fils) (7), de Morand (8), de Bertrandi (9), de Pouteau (10), et de David (11).

(1) *Traité complet de chirurgie*, 3me édit., par Sabatier. Paris, 1771, t. I.

(2) 1708-1777.

(3) 1702-1780.

(4) *Opuscula pathologica.* Lausanne, 1755. Obs. XXXII. Hist. 1, II, III.

(5) *Précis de la médecine pratique.* Paris, 3me édit. 1769. Dezemeris (dict. historique) dit, de Lieutaud, que « son précis de médecine pratique est le premier ouvrage du dernier siècle et presque le seul jusqu'à une époque fort rapprochée de nous où l'on trouve un auteur dégagé de tout système, consultant plus les documents fournis par l'observation au lit du malade et à l'amphithéâtre que les opinions ressassées dans les livres, etc. »

Cet éloge n'est-il pas injuste pour quelques-uns des prédécesseurs de Lieutaud?

(6) *Remarques sur les tumeurs formées par la bile.* Mém. de l'Ac. royale de chirug., t. I, 1774.

(7) *Des apostèmes du foie.* Ibid., t. IV, 1774.

(8) *Sur les abcès du foie.* Ibid.

(9) *De hepatis abscessibus qui vulneribus capitis superveniunt.* Ibid., édit. de l'Encyclop., t, II.

(10) *Mémoire sur les abcès du foie.* Œuvre posthumes. Paris, 1783, t. II, et Mém. de l'Ac. de chirurg.

(11) *Mémoire sur les abcès.* Prix de l'Ac. de chirurg., t. IX et X, 1778.

Deux écrivains étrangers viennent clore la liste des auteurs du XVIIIe siècle dont les travaux nous intéressent : le médecin italien Borsieri (1), dont la symptomatologie très courte est accompagnée d'excellents préceptes relatifs à l'examen du malade (2); et le nosologiste écossais Cullen (3), qui conteste la fréquence du syndrome ictère dans la suppuration hépatique et prétend que probablement :

« L'hepatitis aiguë est toujours une affection de la membrane externe du foie », tandis que « l'inflammation du parenchyme est du genre des inflammations chroniques. »

La thèse de Rouly (4), et le livre de Portal (5), marquent, en France, les premières années du XIXe siècle.

L'anatomie pathologique des abcès du foie est incomplète et défectueuse dans l'ouvrage de Portal; mais l'étude symptomatique en est bonne et l'on y trouve, d'après Morgagni et Willis, une explication exacte de la douleur de l'épaule. Le passage le plus curieux est un paragraphe intitulé : « *De l'état du foie dans quelques personnes qui sont mortes de la dysenterie,* » où Portal a consigné cinq observations nécropsiques d'abcès dysentériques du foie, tirées de divers auteurs. Il insiste, à ce propos, sur la relation étiologique qui existe entre les affections du foie et celles de l'intestin; et s'il estime que, par suite d'une altération de la bile, le foie provoque, dans le gros intestin, des lésions secondaires, il admet, également, que ces altérations peuvent être primitives.

« Cependant, dit-il, si l'estomac et les intestins ne sont souvent affectés que secondairement aux autres organes formant le système de la veine porte, quelquefois ils le sont primitivement, et alors le foie et les autres organes du système de la veine porte peuvent l'être secondairement ; c'est ce qui est survenu dans des sujets qui

(1) 1735-1785.

(2) « Tactu autem exploranda est (pars) aegro in dorsum decumbente, et genubus retractis flexisque, ut musculi abdominis laxentur et manui obediant. » *Instit. medicinae practicae.* Lipsiae, 1826, vol. IV, p. 402.

(3) 1712-1790. — *Eléments de médecine pratique*, traduct. Bosquillon, 1819, t. I. Le traducteur écrit, en note, que la douleur de l'épaule manque souvent et, en conséquence, n'a pas la signification et la valeur seméiotiques qui lui ont été attribuées.

(4) *Dissertation sur les dépôts qui ont lieu au foie, consécutivement aux blessures.* Paris, 1803.

(5) *Observations sur la nature et le traitement des maladies du foie.* Paris, 1813. Chap. VII.

éprouvaient des diarrhées, des dysenteries même bénignes, salutaires, qui n'eussent en aucune manière été dangereuses, si on n'en avait pas supprimé le cours. Pringle en offre un malheureux exemple, et combien d'autres n'ont-ils pas été observés des médecins praticiens ? » (1).

Quelques années plus tard, Broussais (2) ressaisira cette notion, et, négligeant la dysenterie pour ne considérer que les lésions de la portion supérieure du tube digestif, fera, systématiquement, de l'hépatite, une affection consécutive à la *gastro-entérite* (3). Les *Recherches anatomo-pathologiques* de Louis (4) et la *Clinique* d'Audral (5), plaideront dans le même sens.

A peu près à la même époque, les travaux de Dance (6) et de Cruveilhier (7), mettent en relief le rôle de la phlébite mésaraïque dans la pathogénie de certains abcès d'origine chirurgicale, condition anatomique où Ribes (8) croit voir la cause ordinaire et même exclusive des abcès hépatiques liés à la dysenterie.

Un médecin de Bordeaux, Aug. Bonnet, publie la première édition de son *Traité des maladies du foie* (9), livre intéressant et instructif, plus riche en observations qu'en dissertations et en hypothèses ; puis, Ch. Roche écrit l'article *Hépatite* du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (10) ; Ferrus et Bérard traitent du même sujet dans le Dictionnaire en 30 volumes (11); Malle expose et discute dans sa *Médecine opératoire* (12) les procédés de thérapeutique chirurgicale applicables aux abcès hépatiques ; enfin, *l'Encyclopédie des sciences médicales*

(1) P. 570.

(2) *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie*. Paris et Bruxelles, 1829.

(3) 149e proposition. Plus tard, C. Broussais écrira : *gastro-duodénite*.

(4) Paris, 1826.

(5) 1834. 3e édit. t. II.

(6) *Archives gén. de méd.*, t. XVIII (1828), t. XIX (1829), art. : *abcès* métastatiques du Dict. en 30 vol.

(7) *Anatomie pathologique* et art. : *foie* du Dict. de méd. et de chirurg. pratiques, 1832.

(8) *Mémoires et obs. d'anat., de physiolog., de path. et de chirurg*. Paris, 1841-45.

(9) Paris, 1828, réédité en 1841, sous le titre : « *Traité complet théorique et pratique des malad. du foie*.

(10) 1833.

(11) Art. *Maladies du foie*, 1836.

(12) Paris, 1841.

fait paraître une édition de la *Pathologie* de Frank (1), volumineux ouvrage, dont le tome VI, rédigé par Puchelt, est consacré, en partie, avec de nombreux détails descriptifs et un véritable luxe de notes bibliographiques, à l'histoire de l'inflammation suppurative du foie.

Durant la période qui s'étend ainsi du commencement du siècle à l'année 1845, de nombreuses thèses sur l'hépatite sont présentées aux facultés de Paris et, surtout, de Montpellier; mais toutes, sauf les mémoires écrits par des médecins de la marine sur des documents recueillis dans la pratique coloniale, et la dissertation inaugurale de Monlon, où se trouve une observation d'abcès dysentérique *nostras*, ne sont que le reflet de la science officielle du jour et ne franchissent point le cadre de la suppuration hépatique d'origine chirurgicale, traumatique ou calculeuse. Ajoutons qu'elles sont, pour la plupart, peu travaillées et, disons le mot, insignifiantes, une exception honorable étant faite en faveur de celles de Mas Engerolles (2), Lescellière Lafosse (3), Monier des Taillades (4), et quelques autres.

La médecine francaise, en matière de pathologie hépatique, ne sortira hardiment de ces limites étroites, qu'après l'occupation de l'Algérie, bien qu'à la fin de la période que nous considérons, le livre de Valleix (5) et le mémoire de Fauconneau-Dufresne (6) aient paru, prouvant que les écrits des médecins anglais de l'Inde commencent à ne plus être complètement inconnus ou négligés dans notre pays.

En Angleterre, plus tôt qu'en France, la littérature médicale s'est inspirée des enseignements tirés de la pratique des pays chauds. C'est pourquoi l'on y rencontre, dès 1817, un ouvrage de Griffith publié sous ce titre mixte : « *An essay on the common causes of hepatitis as well in India as in Europa.* »

Parmi les travaux de cette époque, ceux qui, ne visant pas exclusivement l'hépatite tropicale ou traitant des abcès du foie

(1) Paris, 1845.

(2) *Considérations sur l'hépatite aiguë.* Montp., 1823.

(3) *Quelques observations d'abcès du foie survenus à la suite de lésions traumatiques.* Montp., 1829.

(4) *Dissertation sur l'hépatite aiguë.* Montp., 1834.

(5) *Guide du médecin praticien.* Paris, 1845.

(6) *De la curabilité des abcès hépatiques.* Soc. de méd. de Paris, 20 mai 1846, et Rev. méd. française et étrangère, vol I., 1846.

sans sortir du domaine de la pathologie des régions tempérées, doivent être mentionnés ici, les plus importants ou les plus connus sont : les livres de Robert Thomas (1), de Mason Good (2) et d'Abercrombie (3) ; les articles de Revues et la clinique de Graves (4) ; les mémoires de W. Stokes (5) ; les traités de Conwell (6) et de Thomson (7).

Nous ne parlerons pas, pour le moment, du remarquable ouvrage de Budd ; car l'observation de cet auteur ayant porté, à bord du navire hôpital le *Dreadnought*, sur des hommes rapatriés de l'Inde, ses travaux appartiennent, de plein droit, à la série coloniale.

Série coloniale. Elle est inaugurée, à la fin du XVII[e] siècle, par le médecin hollandais Bontius, dont le livre (8), écrit *de visu*, contient les indications les plus précises sur l'hépatite suppurée des Indes Orientales.

Bontius y traite, au chapitre VII : *de affectibus hepatis visceris nobilis ; ac primum de ejus obstructione et inflammatione* ; et au chapitre VIII : *de apostemate hepatis ac ejus curâ unicâ.*

Il dit dans le premier de ces deux chapitres :

« Nullum viscus praeter intestina, frequentius in his regionibus infestatur quam jecur ; quod praetermissa jam toties dicta, victus ratione mala, a potu *istius maledicti arac* non tantum in temperamento immutatur, sed etiam in substantiâ suâ corrumpitur... Haec infarctio si perseveret, humor hepar obstruens dum non ventilatur facillime putrescit, unde febris etiam oritur, ac ipsius hepatis inflammatio, cum dolore acuto et pungente, febrisque augescens, in ardentem transit, cum siti intolerabili, faciei rubidine, ac difficili, ob praedictas in obstructione causas, respiratione » ;

et dans le second :

(1) *Nouveau traité de méd. pratique.* Traduct. Cloquet. Paris, 1818.

(2) *The study of medicine.* London, 1825.

(3) *Pathological and practical researches on dis. of the stomach, the intestine canal, the liver, and other viscera of abdomen.* Edinb., 1828.

(4) *Dublin hosp. reports*, 1827. — *Dublin Journ. of. med. sc.*, 1839. — *Clinique méd.* Traduction Jaccoud, 1860.

(5) *London med. and surg. Journ.*, 1834.

(6) *A treatise of the functionnal and structural changes of the liver.* London, 1835.

(7) *Practical treatise of the dis. of the liver and biliary passages.* Edimb., 1841.

(8) Jacobi Bontii. *Methodus medendi, quâ in Indiis orientalibus opportet uti, in curâ morborum illic vulgô ac populariter grassantium.* Lugd. Batav., édit. de 1745.

« Quod si hepatis inflammatio non bene sanetur, vel pertinacius curae resistat, consequitur admodum miserabilis affectus hepatis, apostema : quo, si parenchyma seu substantia ipsa jecoris occupetur, jam incurabile est malum ; ideoque de eo hic supersedeo dicere. Sed si pus haereat inter membranam cingentem hoc viscus et ipsius carnem (quod persaepe hic fit) unica salutis spes est in apostematis apertione, etc. ».

Au XVIIIe siècle, tout document sur l'hépatite fait défaut, malgré leurs titres, dans les écrits de deux médecins de marine, le Hollandais Rouppe (1) et le Français Poissonnier-Desperrières (2) celui-ci ne la signalant même pas parmi les maladies qui, écrit-il, « attaquent les équipages lorsqu'ils débarquent dans plusieurs pays chauds » et ne la mentionnant pas davantage comme complication de la dysenterie qu'il décrit.

Pouppé-Desportes est, croyons-nous, le premier auteur français qui ait consacré quelques lignes à l'hépatite intertropicale. Nous relevons dans son *Histoire des maladies de St-Domingue* (3), plusieurs relations cliniques prises avec soin et une singulière tentative d'explication, par les théories chimiques de l'époque, des terminaisons ordinaires de l'inflammation du foie (4).

Il n'est pas question d'hépatite dans les livres de Dazille (5) ; mais Bajon (6), comme, treize ans auparavant, le médecin hollandais Fermin (7), passe en revue les principales maladies de la Guyane et traite, à cette occasion, de la suppuration du foie.

(1) *De morbis navigantium.*, Lugd., Batav., 1764.

(2) *Traité des maladies des gens de mer*, 1767.

(3) Paris, 1770.

(4) « Lorsque les liquides arrêtés contiennent des principes acides, alkalis et autres, dans une proportion convenable pour une fermentation naturelle, il en résulte la suppuration. Mais si un principe dissolvant, d'une nature alkaline et corrosive, domine, le développement qui en est prompt, produira bien vite la gangrène. Enfin, si, faute de sérosité ou d'une suffisante quantité de principes nécessaires pour exciter une fermentation, les substances arrêtées ne peuvent s'altérer, elles se dessècheront, s'incrusteront et s'endurciront au point de laisser une tumeur compacte dure et insensible » (t. II, p. 141).

(5) *Observations sur les maladies des nègres.* Paris, 1776. — *Observations générales sur les maladies des climats chauds*, 1785.

(6) *Mémoires pour servir à l'Histoire de Cayenne et de la Guyane française.* Paris, 1777.

(7) *Traité des maladies les plus fréquentes à Surinam.* Maëstricht, 1764.

Cependant, l'*Essai* de Lind (1) vient de paraître, bientôt suivi des écrits de Clarck (2) et de l'Italien Fontana (3).

Lind n'a pas réservé de chapitre à l'hépatite endémique qu'il appelle *la maladie du foie*. Il ne s'en occupe qu'incidemment, alors qu'il examine les « maladies qui attaquent les étrangers dans différentes parties du monde » (4).

L'étude symptomatique y est très courte. Cette phrase la résume : « La maladie du foie est précédée communément de forte fièvre, de difficulté de respirer et de violentes douleurs dans la partie droite, vers la région de cet organe, où les malades appliquent souvent les mains croyant se soulager. »

Mais les indications thérapeutiques sont très précises, Lind étant partisan des incisions sanguines, et des mercuriaux jusqu'à salivation. Les renseignements que, dans une note, il nous donne sur la pratique chirurgicale du Dr Bogue et son procédé d'ouverture des abcès du foie au bistouri, sont réellement intéressants.

Après Lind, les travaux des médecins de l'Inde sur la pathologie du foie se succèdent sans relâche. Nous citons, rapidement, parmi les auteurs que nous avons pu analyser : Girdlestone (5), Willam Hunter (6), Curtis (7), Saunders, (8) Marshall, (9), etc.

Le plus illustre est Annesley (10). Si grande est son autorité qu'elle en devient presque tyrannique. Elle pèsera longtemps sur la médecine coloniale et, vainement, plusieurs fois, de hardis novateurs essaieront de briser le joug. Sa *dysenterie hépatique* est encore classique aujourd'hui, sa doctrine de l'influence des sécrétions hépatiques viciées sur la genèse de la dysenterie

(1) *An Essai on diseases incidental to Europeans in hot Climates*. Lond. 1771, traduct. Thion de la Chaume. Paris, 1785.

(2) *Obs. on the dis. in long voyages in hot climates*, etc., Lond. 1773.

(3) *Des maladies qui attaquent les Européens dans les pays chauds*, traduct. Venissat. Paris, 1818.

(4) T. I, p. 125.

(5) *Essays on the hepatitis*, 1788.

(6) *An essay on the dis. incident. to Indian seemen or lascars on long voyages*. Calcut. 1804.

(7) *An account of the dis. of India*. Edimb. 1807.

(8) *Obs. on hepat. in India*. Lond. 1809.

(9) *Notes on the med. topography of Ceylon*. Lond. 1821.

(10) *Sketches of the most prevalent dis. of India*. Lond. 1825 et 1829. — *Researches into the causes, nat. et treat. of the more prevalent dis of India and of warm climates generally*. Lond. 1828. Splendide ouvrage en 2 gros volumes, avec planches.

conserve même des partisans, et c'est à peine si, depuis douze ans, son système thérapeutique d'expectation chirurgicale fondé sur les adhérences, semble devoir être abandonné.

Dans les trente années qui suivent, l'opinion médicale a pour interprètes, dans l'Inde anglaise, trois revues renommées : *The transactions of the medical and physical society of Calcutta* (1), la moins riche en travaux sur l'hépatite; *The transactions of the medical society of Bombay* (2), qui garde et continue la tradition d'Annesley, recueil dans lequel sont publiés les premiers mémoires de Morehead ; *The Madras quartely medical Journal* (3), où paraissent d'excellents articles statistiques, cliniques et critiques sur les abcès du foie, où, surtout, le Dr Lorimer, l'un de ses éditeurs, défenseur ardent et convaincu de la pratique chirurgicale de l'inspecteur général des hôpitaux, Jhn. Murray, préconise, contre les préceptes de l'école d'Annesley, la ponction exploratrice du foie abcédé et la prompte évacuation du pus par une large incision.

Pendant ce temps, les livres alternent avec les *périodiques*, tant en Europe que dans l'Inde. Nous noterons, à dater de 1835 : les écrits de Twining (4), de Johnson et Ranald Martin (5); le traité où Budd (6), attaquant la théorie étiologique de l'hépatite primitive, attribue l'origine des abcès à la résorption septique intestinale; les travaux de W. Geddes (7), de Parkes (8). de Mac Kinnon (9), d'Allan Webb (10).

Tandis que cette évolution s'accomplit dans la médecine anglaise, aux colonies, la littérature médicale française ne demeure pas improductive.

La campagne d'Egypte fournit à Larrey les matériaux d'une remarquable étude des abcès du foie insérée dans sa clinique (11).

A peu près à la même époque, Campet publie son « *Traité*

(1) 1825-1838.
(2) 1838 : première année.
(3) 1839 : première année.
(4) *Clinical illustrations of the more prevalent dis. of. Bengal.* Calcut. 1835,
(5) *The influence of tropical climates on Europ. constitutions.* Lond. 1841.
(6) *On dis. of the liver.* Lond. 1845.
(7) *Clinical illustrations of the dis, of India.* Lond. 1846.
(8) *Remarks on the dysentery and hepatitis of India.* Lond. 1846.
(9) *A treat. of the public health and prevaling dis, of Bengal.* Cawnpore 1848.
(10) *Op. cit.* Calcut. 1848.
(11) *Clinique chirurgicale.* Paris, 1829, t. II : *de l'hépatitis.*

pratique des maladies graves des pays chauds » (1), suivi de toute une série de monographies écrites par des médecins de la marine, parmi lesquels on doit mentionner : Boudoumet (2), Calvé (3), Gonnet (4), Salva (5), Hamon (6), Langlois (7), Dalmas (8), Gaidan (9), Noël (10), Thévenot (11) et Catel (12).

On peut voir, par ces citations, combien est exagérée l'assertion d'Haspel, acceptée et reproduite par quelques-uns de nos confrères de la guerre : qu'à l'époque où furent édités les premiers mémoires des médecins militaires sur la pathologie de l'Algérie, nous ne possédions, en France, relativement aux abcès du foie, que des documents sans valeur, et n'avions, en la matière, que des connaissances vagues ou inexactes.

Que l'enseignement des facultés ne dépassât pas, sur ce sujet, le niveau des écrits ou des leçons de Louis et d'Andral ; que les élèves jurant *in verba magistri* ne vîssent rien au-delà, c'est possible : mais on avait les travaux des médecins anglais de l'Inde, les documents français que nous venons d'indiquer, et, si leurs lecteurs étaient rares, ce n'était pas tout à fait la faute de leurs auteurs.

Aux praticiens de l'Algérie (13), Laveran, Haspel, C. Brous-

(1) Paris, 1802.

(2) *Essai médico-chirurgical sur l'hépatitis et les dépôts qui en sont la suite.* Th. Paris, 1804.

(3) *Quelques considérations sur la formation et l'ouverture des abcès du foie.* Th. Paris, 1826.

(4) *Quelques réflexions sur l'hépatite aiguë.* Th. Paris, 1827.

(5) *Dysenterie des Antilles.* Th. Montp. 1832.

(6) *Relation d'une épidémie de dysenterie* (corvette la *Créole* à Oran). Th. Montp., 1832 (8 cas d'abcès du foie sur 13 autopsies de dysentériques).

(7) De *l'Hépatite.* Th. Paris, 1834.

(8) De *l'Hépatite chronique ou obstructions du foie observées dans l'Inde.* Th. Montp., 1836.

(9) *Essai sur l'étiologie de l'hépatite*, etc. Th. Paris, 1837.

(10) *Quelques réflexions sur l'hépatite aiguë.* Th. Montp., 1837.

(11) *Traité des maladies des Europ. dans les pays chauds.* Paris, 1840.

(12) *Mémoire sur la dysent. des pays chauds.* Paris, 1842.

(13) Leurs travaux ont été, pour la plupart, publiés dans le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires* :

Laveran. *Documents pour servir à l'histoire des maladies du nord de l'Afrique.* 1re série. t. LII, 1842. — Haspel. *Mémoire sur les abcès du foie.* 1re série, t. LV, 1843. — C. Broussais. *Réflexions sur les abcès du foie*, ibid. — Simon. *Abcès du foie consécutif à une gastro-colite*, ibid. — Catteloup. *Mémoire sur la coïncidence de l'hépatite et des abcès du foie avec la diarrhée*

sais, Catteloup, Cambay, etc., l'occasion s'est offerte de puiser directement aux sources de l'observation : ils ne l'ont point négligée et ont tiré de là des relations exactes, affranchies de toute préoccupation doctrinale. Mais nous ne voyons pas qu'ils aient, en pathologie hépatique, fait autre chose que confirmer, compléter et répandre dans le monde médical français, des notions étiologiques, anatomiques et cliniques déjà acquises. Ces titres scientifiques sont assez sérieux pour qu'on puisse s'y tenir et n'en point revendiquer qui pourraient être contestés.

III. — Période contemporaine

L'accroissement des relations internationales rendues plus rapides et plus faciles par le développement des voies ferrées et les progrès de la navigation à vapeur, l'extension du commerce intellectuel de peuple à peuple, le prodigieux essor du livre et du journal, ont pour conséquence, à cette époque, une diffusion universelle des observations recueillies par les médecins coloniaux. La littérature médicale européenne peut s'en emparer, maintenant, se les assimiler et y trouver les éléments d'une synthèse complète comme celle que nous offrent, sur l'*Hépatite suppurée*, les *Traités de pathologie interne*, de Behier et Hardy (1), de Jaccoud (2), etc.; le *Traité des maladies du foie*, de Frerichs (3); les *Leçons cliniques*, de Gallard (4), et les articles correspondants des grands dictionnaires français (5).

Cette influence ne l'empêche point de poursuivre sa propre voie et de saisir ou déterminer mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, cette importante donnée du problème étiologique : la genèse des abcès du foie par la *fièvre typhoïde* et la *dysenterie nostras* (6).

et la dysenterie endémiques dans la province d'Oran, 1er série, t. LVIII. 1845. Du même. *Recherches sur la dysenterie du Nord de l'Afrique*, 2e série, t. VII, 1851.

Les autres ont paru sous forme de livres .

Cambay. *Traité des maladies des pays chauds et spécialement de l'Algérie*, etc. Paris, 1847. — Haspel. *Maladies de l'Algérie*. Paris, 1850.

(1) Paris, 1864, t. II.

(2) Paris, 1re édit., 1872.

(3) Traduct. Dumesnil et Pelagot, 1866.

(4) *Clinique méd. de la Pitié*, Paris, 1872.

(5) J. Simon. Nouv. Dict. de médec. et de Chirurgie pratiques. — Rendu. Dict. Encyclop. des sc. méd. (article remarquable comme érudition, critique judicieuse et netteté d'exposition).

(6) La bibliographie de cette question sera exposée plus loin.

En même temps, la plupart des puissances européennes multiplient ou agrandissent leurs domaines coloniaux : les communications entre les métropoles et leurs possessions lointaines deviennent plus nombreuses ; des services réguliers de rapatriement sont établis, toutes conditions qui, comme nous l'avons vu après l'expédition du Tonkin, amènent dans les hôpitaux des ports, et même des villes de l'intérieur, une foule de malades ou de convalescents dont l'observation est mise à profit pour l'étude de l'hépatite.

Ce concours de circonstances a fait surgir, émanés des médecins qui ont pratiqué aux pays chauds, et de ceux qui ont recueilli, dans les établissements nosocomiaux d'Europe, les épaves pathologiques de la zone intertropicale, des travaux dont le nombre est tel que nous ne saurions les indiquer, même incomplètement, ailleurs que dans notre *index bibliographique général*, et qu'il nous est impossible d'en présenter une analyse, sans nous exposer à des redites qu'il est préférable d'éviter.

Nous signalerons, cependant, comme auteurs de publications parues depuis 1850 :

En *Angleterre* et aux *Indes anglaises* : Ch. Alex. Gordon (1), Ranald Martin (2), Morehead (3), Moore (4), W. Aitken (5), Murchinson (6), Bristowe (7), sir Jh. Fayrer (8), Mac Lean (9) et Harley (10);

En *Egypte* : de Castro (11); les médecins allemands Sachs (12) et Kartulis (13);

(1) *Handbook for medical officers of H. M. service in India.* Lond. 1851.

(2) *The influence of tropical climates on European constitutions.* Lond. 1856. — Du même : *Influence of tropical climates in producing endemic diseases of Europeans.* Lond. 1861.

(3) *Clinical researches on dis. of India.* Lond. 1861.

(4) *A manual of the dis. of India.* Lond. 1861.

(5) *The science and practice of medicine.* Lond. 1878.

(6) *Leçons sur les maladies du foie.* Traduct. *Cyr.* Paris, 1878.

(7) *A treatise of the theory and practice of medecine.* Lond. 1880.

(8) *Tropical diseases.* Lond. 1881.

(9) *Diseases of tropical climates*, Lond. 1886.

(10) *A treatise on dis. of the liver.* London, 1882. Traduct. Rodet. Paris, 1890.

(11) *Des abcès du foie des pays chauds et de leur traitement chirurgical.* Paris, 1870.

(12) *Ueber die hepat. der neissen lander*, etc. Langenbeck's Archiv. für. Klinisch chirurg., analyse du Dr Van Leent, in Arch. de méd. nav., 1878.

(13) *Zur aetiolog. der leberabsc.* Centralblatt für baktériologie and parasitenkunde, II, nº 25.

Au *Mexique* : Ramirez (1) ;

En *France* : les médecins militaires J. Perrier (2), Rouis (3), Laveran (4), Kelsch et Kiener (5) ; les médecins de la marine Dutroulau (6), Delioux (7), J. Rochard (8), Bérenger-Féraud (9), Nielly (10) et Corre (11) ; les médecins civils coloniaux St-Vel (12) et Rufz de Lavison (13).

A côté de ces travaux d'ensemble ou de longue haleine, doivent prendre place, par centaines, des mémoires analytiques ou des études plus brèves, parus sous forme de thèses, de communications aux sociétés savantes ou d'articles de journaux tels que : *The Indian Annals*, dans l'Inde anglaise ; *The Customs Reports*, en Chine ; *The Lancet, The British med. Journ.*, etc., en Angleterre ; *The American Journ. of med. sciences* et *The medical News*, aux Etats-Unis ; les *Archives de Médecine militaire*, les *Archives de Médecine navale*, la *Revue Encyclopédique des Sciences médicales*, la *Revue de Médecine*, la *Revue de Chirurgie*, la *Gazette des Hôpitaux*, l'*Union Médicale*, la *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, le *Lyon Médical*, etc., en France.

Par tant d'observations et de recherches, la pathologie actuelle peut considérer comme établies d'une façon définitive, au moins dans leurs grandes lignes, la symptomatologie, l'anatomie macroscopique, l'étiologie et la thérapeutique médicale de l'hépatite suppurée. Mais plus d'un problème réclame, encore, sa complète solution et si, par la combinaison des ponctions

(1) *Traitement des abcès du foie* ; *observations recueillies* à Mexico et en Espagne. Paris, 1867.

(2) *Des abcès du foie*, etc. Rec. de mém. de méd. milit., 2e série, vol. XIX, 1857.

(3) *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*. Paris, 1860.

(4) *Traité des maladies et épidémies des armées*. Paris, 1878. — *Contribut. à l'anat. path. du foie*. Arch. de physiologie, 1875.

(5) *Traité des malad. des pays chauds*. Paris, 1889.— Nombreux articles de Revues.

(6) *Traité des malad. des Europ. dans les pays chauds*. 2e édit. Paris, 1868.

(7) *Traité de la dysenterie*. Paris, 1863.

(8) *Étude synthétique des malad. endémiques*. Arch de méd. nav., 1871.

(9) *Traité des malad. des Europ. au Sénégal*. Paris, 1876 et 1879. — *Traité des malad. des Europ. aux Antilles*. Paris, 1881.— *Traité théorique et clinique de la dysenterie*. Paris, 1883.

(10) *Nouveaux éléments de path. exotique*. Paris, 1881.

(11) *Traité clinique des malad. des pays chauds*. Paris, 1887.

(12) *Traité des maladies des régions intertropicales*. Paris, 1868.

(13) *Chronologie des maladies de St.-Pierre* (*Martinique*). Arch. de méd. nav., 1869.

aspiratrices, des larges incisions, du drainage et des pansements Listériens, synthèse connue, en France, sous le nom plus ou moins exact de méthode de Little (1), le traitement chirurgical des abcès du foie a réalisé un grand progrès; si les investigations de Mac Namara (2), Hayem (3), Cornil et Ranvier (4), Kelsch et Kiener, les essais expérimentaux de Holm, Koster, Huttenbrenner (5) et Winiwarter (6) ont éclairé l'histologie de la suppuration du foie, la question de pathogénie reste toujours en discussion.

Le mot de l'énigme est, évidemment, dans la bactériologie. Nous croyons avoir été des premiers à l'y chercher et à soutenir, contre les prétentions du parasitisme *spécifique*, la cause du microbisme *pyogénique banal*.

(1) Depuis le Mémoire du Dr Ayme (*Traitement des abcès du foie à l'hôpital de Shanghaï*, arch. de méd. nav., 1880) et les communications académiques de M. J. Rochard.

(2) *On the pathology of hepat. abscess.* Indian Annals, nº XV, 1862.

(3) Soc. de biolog. et Bull. de la Soc. anat ,1870.

(4) *Manuel d'histologie pathologique.* Paris, 1881.

(5) *Ueber die Gewebsveränderungen in der entzündeten leber*, arch. für microscop. anat. 1869.

(6) *Zur patholog. anat. der leber*, Wien. méd. Jahrb., 1872.

CHAPITRE II

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE (1)

L'hépatite *à grands abcès,* type anatomique auquel répond la variété nosologique dite *Hépatite des pays chauds*, est une affection qui, particulièrement fréquente et grave dans les régions intertropicales, prédomine en Asie, en Afrique, en Amérique et en Océanie.

L'Europe n'en est pas exempte complètement, mais les localités où l'hépatite en question pourrait passer pour endémique, sont réellement exceptionnelles dans cette partie du monde.

I. — Asie.

L'Hindoustan, l'Indo-Chine, la Chine et l'Arabie sont les principaux foyers asiatiques de l'hépatite suppurative.

(1) Il est très difficile d'écrire un chapitre tel que celui-ci, quand on veut rompre avec la routine et substituer des chiffres aux formules conventionnelles de la plupart des auteurs; car, tantôt les statistiques font défaut; tantôt elles sont incomplètes et défectueuses au point qu'il est impossible d'en tirer parti; tantôt, enfin, elles ne sont pas comparables, attendu qu'elles appartiennent à des périodes différentes, ne portent pas la même étiquette pathologique, ou, sous le même nom, s'adressent à des affections dissemblables, de sorte que, le plus souvent, on ne peut les rendre homologues.

— « En dépit des nombreux rapports des médecins des pays exotiques sur les maladies du foie, il est difficile de tracer la carte géographique de ces affections. La raison de cette difficulté gît dans l'incertitude et l'incorrection des dénominations diverses appliquées à des maladies identiques et *vice versâ*, mais surtout dans la regrettable confusion qui a été fréquemment faite entre de simples congestions, de simples troubles hépatiques fonctionnels et les plus graves altérations de l'organe. Enfin, il faut y joindre la pénurie de statistiques précises sur le degré de fréquence des hépatites vraies. »

Mahé. Art. *Géographie médicale* du Dictionnaire Encyclopédique.

TABLEAU I. — Morbidité, mortalité et invalidation par *Hépatite*, parmi les troupes Européennes de l'Inde anglaise, en 1870 et 1871. (Chiffres du Dr Don. — Fayrer, loc. cit.)

Années	Présidences	Effectif	HÉPATITE											
			Entrées	Pour cent à l'effectif	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Congés	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Total des décès et des congés	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite
1870	Bengale	34.090	1.920	5.63	152	0.44	7.91	249	0.73	12.96	401	1.17	20.88
	Bombay	10.557	424	4.01	11	0.10	2.59	49	0.46	11.55	60	0.56	14.15
	Madras	9.936	635	6.39	41	0.41	6.45	131	1.31	20.62	172	1.73	27.08
1871	Bengale	35.452	1.919	5.41	5	0.01	0.26	241	0.67	12.55	246	0.69	12.81
	Bombay	10.838	464	4.28	18	0.16	3.87	30	0.27	6.46	48	0.41	10.34
	Madras	10.684	713	6.67	41	0.38	5.75	58	0.54	8.13	99	0.92	13.88
Total des deux années	Bengale	69.542	3.839	5.52	157	0.22	4.08	490	0.70	12.76	647	0.93	16.85
	Bombay	21.395	888	4.15	29	0.13	3.26	79	0.36	8.89	108	0.50	12.16
	Madras	20.620	1.348	6.53	82	0.39	6.08	189	0.91	14.02	271	1.31	20.10
Total général		111.557	6.075	5.44	268	0.24	4.41	758	0.67	12.47	1.026	0.91	16.88

Tableau II. — Morbidité, mortalité et invalidation par *hépatite*, parmi les troupes européennes de l'Inde Anglaise, de 1871 à 1876. (Statistique de Bryden. — Fayrer, loc. cit.)

Présidences	Effectif	HÉPATITE							
		Entrées	Pour mille à l'effectif	Décès	Pour mille à l'effectif	Congés	Pour mille à l'effectif	Total des décès et des congés	Pour mille à l'effectif
Bengale.	219.290	?	49.7	427	1.95	1.354	6.17	1.781	8.12
Bombay.	63.279	?	44	124	1.90	337	5.33	461	7.28
Madras.	67.451	?	70.8	218	3.28	538	7.98	756	11.20
Moyenne	116.673,33		54.96	256,33	2.37	743	6.49	999,33	8.86

Tableau III. — Morbidité, mortalité et invalidation par *hépatite*, parmi les troupes européennes des trois Présidences, en 1877 et 1878. (Chiffres de l'Indian army Report. — Fayrer, loc. cit.)

Années	Effectif	HÉPATITE										
		Entrées	Pour cent à l'effectif	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Congés	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Total des décès et des congés	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite
1877	57.260	2.490	4.34	93	0.16	3.73	322	0.56	12.93	415	0.72	16.66
1878	56.475	2.461	4.35	127	0.22	5.16	319	0.56	12.96	446	0.78	18.12
Total . . .	113.735	4.951	4.35	220	0.19	4.44	641	0.56	12.94	861	0.75	17.39

HINDOUSTAN. — *Possessions Anglaises.* — Les relevés émanés du service médical des Indes anglaises sont très nombreux ; mais les statistiques d'ensemble sont rares et peu de statistiques partielles offrent une concordance permettant d'en opérer la synthèse.

Parmi tous les documents que nous avons recueillis, au cours de nos recherches bibliographiques, ceux qu'a publiés Sir J^h^ Fayrer (1), sont les seuls qui nous aient paru utilisables pour l'expression arithmétique de la fréquence de l'hépatite suppurative dans les trois Présidences, ainsi que de la mortalité et de l'invalidation qu'y entraîne cette maladie. Ils consistent en un extrait des « *Vital statistics* » de Bryden et une série de chiffres tirés de l' « *Indian army sanitary Report* » ou fournis à l'auteur, par le Dr Don, chirurgien-major de l'armée anglaise.

Telle a été la matière des tableaux I, II et III que nous avons dressés en transcrivant les proportions de Bryden et en complétant les indications numériques absolues des deux autres statistiques par la recherche et l'inscription des rapports qui en découlent.

L'analyse de ces tableaux nous fait connaître, en bloc, pour la période de neuf ans (1870-78), le taux de la morbidité, de la mortalité et de l'invalidation par hépatite, parmi les troupes européennes en service aux Indes Anglaises, et nous donne, pour la suite de cette étude, des termes de comparaison.

La morbidité a varié de 5,496 pour cent, ou 54,96 pour mille à 4,35 pour cent ou 43,5 pour mille, à l'effectif. Quant à la mortalité et à l'invalidation, elles ont oscillé : la première entre 0,24 pour cent ou 2,4 pour mille et 0,19 pour cent ou 1,9 pour mille ; la seconde, entre 0,67 pour cent ou 6,7 pour mille et 0,56 pour cent ou 5,6 pour mille ; soit, au total des décès et des congés de convalescence ou de réforme, une perte de 0,91 pour cent ou 9,1 pour mille à 0,75 pour cent ou 7,5 pour mille subie par les effectifs.

2° Elle nous montre que, comme fréquence et gravité, l'hépatite est répartie d'une façon inégale entre les trois présidences, Madras et Bombay présentant : l'une le maximum, l'autre le minimum, sous le triple rapport de la morbidité, de la mortalité et de l'invalidation.

Ce résultat n'est point celui auquel on aurait pu s'attendre

(1) *Liver absc. and antiseptic paracentesis.* Lancet, 1880, vol. I, p. 633. — *Tropical diseases*, Lond., 1881.

priori, sachant de quelle immense étendue de marécages se compose le territoire du Bengale; mais le fait est positif, quelles qu'en soient la cause et l'explication (1); car la plupart des statistiques l'établissent et tous les médecins de l'Inde l'admettent comme démontré.

3° Nous constatons que si les chiffres qui expriment le rapport pour cent ou pour mille des entrées à l'effectif sont sensiblement les mêmes pour les tableaux I et II, les proportions des décès et des congés vont en diminuant de la statistique de Don à celle de Bryden et que, dans le tableau III (*Indian army sanitary report*), tous les éléments sans exception, morbidité, mortalité, invalidation, accusent une baisse très accusée.

D'où, logiquement, cette conclusion qu'aux Indes Anglaises, l'hépatite est en décroissance, parmi les troupes européennes.

Cette assertion serait, au besoin, corroborée par la comparaison de ces trois premiers tableaux avec les deux suivants qui encadrent des statistiques partielles établies pour des périodes différentes. Or, que pour une même présidence, on oppose série à série; on verra, de la plus ancienne à la plus récente, fléchir graduellement les chiffres de l'hépatite.

Nous avons tenu à reproduire ces documents statistiques, non seulement parce qu'ils confirment notre précédente proposition relative à la décroissance qu'aurait subie l'hépatite dans l'armée européenne de l'Inde anglaise, mais aussi parce qu'ils nous offrent de nouveaux rapports que nous utiliserons ultérieurement : total des entrées aux entrées pour hépatite, pour cent de celles-ci à celles-là, total des décès aux décès par hépatite, etc.

Les statistiques militaires viennent de nous renseigner sur la fréquence et la gravité comparées de l'hépatite dans les trois

(1) Le Dr Johnson, cité par J. Mouat (*On the climate of Bangalore*, etc. Transact of the med. and. physic. Soc. of Calcutta, vol. VI, 1833), attribue la prédominance de l'hépatite dans la présidence de Madras à la situation géographique et au sol sablonneux de cette région de l'Hindoustan, deux conditions qui rendent son climat plus torride que celui de Bombay et du Bengale. Au rapport du même auteur, Annesley incrimine l'excès de chaleur et l'abus des boissons alcooliques. Fayrer fait remarquer, également, que la situation de la présidence de Madras est plus tropicale que celle des deux autres.

La statistique de l'armée anglaise, en 1884 et 1885, donne relativement à l'hépatite et aux abcès du foie :

pour le Bengale	20,7	morbidité et	0,88	mortalité p. 1000 à l'effectif.	
» Madras	29,48	»	1,15	»	
» Bombay	16,3	»	0,70	»	

Analyse par Longuet, in arch. de méd. milit., 1888, t. XII, p. 448.

TABLEAU IV. Morbidité et mortalité par *hépatite*, parmi les troupes européennes de la présidence de Bombay (1) pour 51 ans (de 1803-04 à 1853-54) et du Bengale (2) pour 42 ans (de 1812 à 1853-54).

Présidences	Périodes	Effectif	Total des entrées (3)	Total des décès	HÉPATITE								
					Entrées	Pour cent à l'effectif	Rapport du total des entrees	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Rapport du total des décès	Pour cent au total des décès
Bombay	1803-04 — 1853-54	306978	627369	16954	24347	7.931	$\frac{1}{25.76}$	3.880	1.263	0.411	5.187	$\frac{1}{13.42}$	7.449
Bengale	1812 — 1853-54	543768	1129583	37764	32780	6.028	$\frac{1}{29.91}$	3.343	2.269	0.417	6.921	$\frac{1}{16.61}$	6.008

(1) *Statistical table of the sickness and mortality among the fighting men of H. M's and the H. Company's European and native troops of the Bombay presidency*, etc. Indian Annals, 1856, nº VI.

(2) *Statistical Report of the sickness and mortality among the fighting men of H. M's and the H. Company's European troops of the Bengal presidency*, etc. Même rec. 1856, nº VII.

Ces statistiques ont été reproduites par Norman Chevers (*A brief review of the means of preserving the health of European soldiers in India*. Même rec. 1858, nº X.)

(3) Dans les documents originaux, dont les chiffres sont répartis par séries de deux demi-années (Ex. : 1804-04, 1804-05) la quatrième colonne a pour titre : *last remained and admitted*. Elle comprend donc les entrants et les *restants* de la série précédente. Qu'il s'agisse d'une statistique en séries ou d'une statistique de totaux, l'inscription de ses chiffres sous la rubrique : total des entrées, altère donc, légèrement, le rapport de ce total aux entrées pour hépatite ou le pour cent des entrées pour hépatite au total des entrées. Le premier est un peu augmenté ; le second un peu diminué.

Tableau V. — Morbidité, mortalité et invalidation par *hépatite*, parmi les troupes européennes de la Présidence de Madras, pour la période de dix ans 1829-38 (1). — Morbidité et mortalité, de même cause, parmi les mêmes troupes, de 1842 à 1851-52 (2).

Périodes	Effectif	Total des entrées	Total des décès	Total des congés	HÉPATITE															
					Entrées	Pour cent à l'effectif	Rapport du total des entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Rapport du total des décès	Pour cent au total des décès	Congés	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Rapport du total des congés	Pour cent au total des congés	Total des décès et des congés	Pour cent aux entrées pour hépatite
1829-38	103431	186865	4725	2934	11521	10.877	$\frac{1}{16}$	6.020	545	0.526	4.844	$\frac{1}{8}$	11.534	309	0.298	1.771	$\frac{1}{7}$	10.531	854	7.59
1842-1851-52	110156				7806	7.0			324	0.294	4.1									

(1) *Medical Topography, and statistics of the Presidency of Madras*. Madras, 1843, et Ed. Waring : *Vital statistics of the Madras army*. Indian annals 1855, n° V.

(2) Ed. Waring, loc. cit.

présidences. Elles pourraient nous fournir une autre donnée intéressante, le degré de cette fréquence et de cette gravité dans les divers postes ou garnisons des présidences de Bombay et de Madras (1), si les tableaux que nous avons à présenter maintenant, s'adressaient à la seule hépatite suppurative. Malheureusement, plusieurs concernent les maladies du foie en général, et leur importance est, de ce fait, grandement diminuée.

Tableau VI. — Morbidité et mortalité comparées par *maladies du foie* dans les principaux postes militaires de la Présidence de Bombay, de 1830 à 1846 (2).

Postes	Altitude	MALADIES DU FOIE						REMARQUES
		Entrées pour mille à l'effectif	Décès pour mille à l'effectif	Rapport des entrées aux décès	Pour cent des entrées aux décès	Rapport du total des décès	Pour cent des décès au total	
Bombay	Niveau..	103.471	7.688	$\frac{1}{13.493}$	7.430	$\frac{1}{12.513}$	7.991	Nous avons ajouté la colonne 2, d'après les indications du mémoire de (R H.A) Hunter (3).
Poona ..	1800 pieds.	55.993	3.044	$\frac{1}{18.394}$	5.434	$\frac{1}{10.550}$	9.478	
Belgaum	2000 env.	116.418	3.435	$\frac{1}{33.891}$	2.950	$\frac{1}{8.345}$	11.982	2500 pieds d'après H. Webb.
Deesa ..	500 —	37.771	3.153	$\frac{1}{11.979}$	8.347	$\frac{1}{10.70}$	9.832	
Aden...	....	61.053	4.407	$\frac{1}{13.853}$	7.218	$\frac{1}{8.481}$	11.789	Sans doute du ressort administratif de Bombay, à cette époque.

C'est, par conséquent, à *Belgaum* que les maladies du foie se sont montrées le plus fréquentes et ont le plus fortement contribué à la mortalité générale. Mais c'est à *Deesa* qu'elles ont

(1) Nous manquons de documents quant au Bengale.

(2) H. Webb. *Tables and remarks on the med. statistics of the European troops (Queen's and Compagny's) stationed at Bombay in the Deccan, Belgaum, Deesa and Aden, between the years 1830 and 1846.* Transact. of the med. and physic. Soc. of Bombay. New., séries n° 1. 1851-52.

(3) *Statistical Review of the Climates of the principal stations for European troops in the Bombay présidency*, ibid., n° IV, 1841.

présenté leur maximum de gravité, si l'on prend comme *fonction* de celle-ci, ainsi qu'il est d'usage de le faire, le rapport des entrées aux décès ou le pour cent des décès aux entrées pour affections hépatiques.

TABLEAU VII. — Fréquence comparée de l'*Hépatite*, parmi les troupes européennes, dans les divisions ou postes militaires de la Présidence de Madras, en 1821, d'après Annesley (1).

Divisions ou Postes militaires	Pour cent des entrées pour hépatite au total des entrées	Remarques	Divisions ou Postes militaires	Pour cent des entrées pour hépatite au total des entrées
Division du Centre.	35	Pour les indications géographiques,	Division du Sud	15 ½
Madras	34	V. les tableaux VIII,	Districts cédés . .	14
Mysore	30	IX et X.	Hyderabad. . . .	8 ½
Travencore	21 ½		Nagpore	6 ½
Doab	16		Division du Nord.	6

Ces tableaux et les suivants (VIII, IX et X) si disparates qu'ils soient, en apparence, puisqu'ils s'adressent, ceux-ci à l'hépatite, ceux-là aux maladies du foie en général, et que dans l'un d'eux (VIII), la durée de la période d'observation n'est pas la même pour toutes les garnisons, concordent à peu près, cependant, pour établir que les territoires du *Nizam* (Hyderabad et Secunderabad), *Arcot* dans la division du Centre, *Bangalore* dans la province de Mysore et *Madras* sont les localités de la présidence où l'hépatite prédomine.

Nous nous contenterons, pour le moment, d'enregistrer ces données de la statistique : nous les commenterons quand le moment sera venu d'étudier l'étiologie.

Sans échapper à la critique qui leur a été adressée par Hirsch, celle de ne pas représenter la vraie physionomie de la pathologie d'un pays, les statistiques des hôpitaux civils ou mixtes en sont, du moins, un mode d'expression plus exact que les relevés militaires.

(1) J. Mouat. Loc. cit.

TABLEAU VIII. — Morbidité et mortalité par *maladie du foie*, parmi les troupes Européennes, dans les postes militaires de la Présidence de Madras de 1826 à 1843 inclus, d'après Nicholson (1).

Postes militaires	Périodes	Total des entrées	Total des décès	MALADIES DU FOIE											Remarques
				Entrées	Pour cent à l'effectif	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent au total des entrées	Pour cent au total des décès	N° D'ORDRE — Morbidité — à l'effectif	N° D'ORDRE — Morbidité — au total des entrées	N° D'ORDRE — Mortalité — à l'effectif	N° D'ORDRE — Mortalité — aux entrées pour maladies du foie	
Fort St-Georges.	1826-43	24.976	357	1.271	9.69	5.08	56	0.42	4.40	10 42	7	7	8	9	Territoire de Madras
Bangalore. . . .	Id.	30.532	477	1.967	10.46	6.44	86	0.45	4.37	18.02	4	3	7	10	Division de Mysore
Bellary.	Id.	27.119	657	1.289	10.42	4.60	75	0.606	5.81	11.41	5	9	4	3	Districts cédés
Secunderabad. .	1826-40 et février 1843-décembre 1843	24.318	823	1.792	16.15	7.36	108	0.97	6.02	13 12	2	2	3	2	Nizam
Trichinopoly . .	1826-43	23.450	467	1.135	9.09	4 84	53	0.42	4.66	11 34	9	8	8	8	Division du Sud
Moulmein. . . .	1827-43	23.030	514	1.191	8.13	5.17	46	0 31	3.86	8.94	10	6	9	11	
Kamptee	1840 et de février à décembre 1843	5.443	87	151	6.01	2.77	8	0.31	5.29	9 19	11	11	9	7	Territoire de Nagpore
Cannanore . . .	1826-43	21.074	534	1.273	10.01	6.04	71	0.56	5.57	13.29	6	5	5	4	Malabar et Cannara
Arcot.	Juillet 1826-mars 1828 et sept. 1842-fév. 1843	2.582	108	205	19.35	7.93	11	1.03	5.36	10.18	1	1	2	5	Division du Centre
Arnee	1828-30. 1835-36. 1838 et 1842-43	5.563	186	339	9.42	6.09	18	0.50	5.30	9 67	8	4	6	6	Id.
Mazulipatam . .	Juillet 1843-sept. 1844.	2.198	135	92	15.41	4.18	7	1.17	7.60	5.17	3	10	1	1	Division du Nord

(1) *Tables shewing the comparative prevalence and mortality of the principal classes of diseases amongst H. M's troops serving at the different stations in the Madras Presidency*, etc. Madras Quaterly med. Journ. Vol. VI. Octobre 1844.

TABLEAU IX. — Morbidité et mortalité par *hépatite*, dans les postes militaires de la Présidence de Madras (troupes européennes), pendant une période de 12 ans, d'après Ed. Waring (1).

Postes militaires	Température moyenne		Altitude	HÉPATITE				Remarques
	F°	C°		Pour cent des entrées à l'hôpital	Pour cent des décès aux entrées pour hépatite	N° d'ordre Morbidité	N° d'ordre Mortalité	
Arcot	81	27.2	558 pieds	13.50	6.80	2	3	
Arnee	81	27.2	400 —	5.68	5.09	8	7	
Bangalore	74	23.3	3000 —	11.10	3.57	3	11	
Bellary	83	28.3	1182 —	8.24	6.12	5	4	
Marmaloung	84	28.8	Niveau	1.41	0	13	12	
Cannanore	80	26.6	40	8.72	4.82	4	8	
Madras	83	28.3	Niveau	7.38	5.19	7	6	
Mazulipatam	83	28.3	Id.	4.90	6.83	9	2	
Poonamallec	83	28.3	Id.	2.78	7.29	11	1	Terr. de Madras (à l'O.)
St-Thomas Mount	83	28.3	25	4.67	4 50	10	9	Id. au S. E.
Secunderabad	81	27.2	1850	14.54	5.50	1	5	
Trichinopoly	84	28.8	250	8.66	3.71	6	10	
Wallajabad	83	28.3	...	1.67	0	12	12	Id. au S.

(1) *Statistical notes on some diseases of India.* Indian annals, 1856, vol. VI. (Extrait du rapport de J. Mouat, sur l'hépatite du (H. M. 'S), 13me dragons). Madras Med. Journal, vol. II, p. 18.

TABLEAU X. — Morbidité et mortalité par *Maladies du foie*, parmi les troupes européennes des divisions de la Présidence de Madras, de 1829 à 1838 inclus. — (Medical topography and statistics of the Presidency of Madras).

Divisions	Effectif	Total des entrées	Total des décès	Maladies du foie							N° d'ordre				Remarques
				Entrées	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux total des entrées	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour malad. du foie	Pour cent au total des décès	Morbidité à l'effectif	Morbidité au total des entrées	Mortalité à l'effectif	Mortalité aux ent. p. mal. du foie	
Madras. . . .	13981	26057	600	1707	12.209	6.551	89	0 636	5.213	14.833	3	4	2	5	
Divis. du centre	12402	19319	728	1327	10.699	6.868	54	0.435	4.069	7.417	4	3	8	8	Au N. et au S. de Madras qui s'y trouve enclavée. Principaux postes : Arcot, Arnée, Nellore, etc.
Divis. du sud.	8922	15144	351	913	10.223	6.028	40	0.448	4.381	11.396	5	5	7	7	S'étend du cap Comorin au Mysore et de la côte de Coromandel au Malabar. Chef-lieu : Trichinopoly.
Malabar et Cannara.	7959	12187	300	675	8.480	5.538	42	8.527	6.222	14	9	6	4	2	Chef-lieu : Cannanore. — Tellichery. Calicut, Mangalore.
Mysore. . . .	15590	25125	437	1548	9.929	7.327	72	0.461	4.651	16.475	6	2	6	6	Mysore capitale ; Bangalore chef-lieu militaire.
Districts cédés.	9020	17992	285	844	9.356	4.690	45	0.498	5.331	15.789	8	9	5	3	Bellary ch.-lieu milit. : Cuddapah et Kurnool postes indigènes.
Divis. du nord.	6334	11670	643	621	9.804	5.321	39	0.615	6.280	6.065	7	7	3	1	Au N. de la côte E. de la péninsule ; chef-lieu : Mazulipatam.
Hyderabad . .	10557	22933	664	1883	17.836	8.210	100	0.947	5.310	15.060	1	1	1	4	Pays du Nizam chef-lieu militaire : Hyderabad. — Siège des forces indigèn. : Secunderabad.
Nagpore . . .	9574	23092	377	1192	12.452	5.161	35	0.365	2.936	9.283	2	8	9	9	Au N.-E. d'Hyderabad ; à l'O. de la divis. du nord. Capitale Nagpore.

TABLEAU XI. — Morbidité et mortalité par *hépatite*, dans les services européens de l'hôpital général de Madras (1829-38) (1) et à l'hôpital général européen de Bombay (1838-53) (2).

HOPITAUX et PÉRIODES	CATÉGORIES de MALADES	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE AIGUE ET CHRONIQUE					REMARQUES
				Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pr hépatite	Pour cent au total des décès	
Hôpital général de Madras. 10 ans (1829-38).	Militaires	3.833	181	216	5.63	16	7.40	8.78	Morbidité maxima à l'hôpital de Madras.
	Civils	1.903	126	36	1.89	4	11.11	3.17	
	Total	5.736	307	252	4.39	20	7.93	6.51	
Hôpital général européen de Bombay. 15 ans (1838-53).	Militaires et Civils	20.147	1.289	711	3.52	102	14.34	7.91	Mortalité double (aux entrées) à l'hôpital de Bombay, quoique sa statistique soit la plus récente.

(1) *Méd. topography, etc. of Madras.*

(2) Synthèse des tableaux statistiques de Morchead, op. cit.

C'est pourquoi nous donnons, dans le tableau XI, un aperçu de la morbidité et de la mortalité par hépatite, dans les services nosocomiaux européens de Madras et de Bombay.

Au S.-E. de l'Hindoustan dont elle est une dépendance, l'île de *Ceylan* est un foyer d'hépatite meurtrier. Il semble, en effet, que l'inflammation suppurative du foie y règne avec une intensité et une sévérité qu'elle ne présente même pas dans la Présidence de Madras. Pour se convaincre de l'exactitude de cette proposition, il suffit de jeter un coup-d'œil sur le Tableau XII dont nous avons emprunté les éléments à un mémoire de H. Marshall (1) ainsi que sur le tableau XXXIV dressé avec les chiffres du Dr Don et de comparer les indications : du premier, avec celles de la plus ancienne de nos statistiques relatives à la Présidence de Madras (tableau V) ; du second, avec celles qui, dans le tableau I, se rapportent à cette même Présidence, pour l'année 1870. On constatera ainsi que Ceylan a, d'une part, une mortalité double, toutes réserves faites quant à l'influence qu'a pu exercer la différence des périodes ; d'autre part, une morbidité moindre (4.08 °/₀ à l'effectif), avec une mortalité plus forte, une sévérité d'atteintes deux fois plus grande, et, par rapport aux entrées, un chiffre d'invalidation deux fois plus élevé.

TABLEAU XII. — Mortalité par abcès du foie, parmi les troupes européennes à Ceylan de 1816 à 1820, d'après les chiffres de H. Marshall.

Années	Effectif	Cas mortels d'abcès du foie	Pour cent à l'effectif
1816	398	3	0.75
1817	564	3	0.53
1818	1.915	25	1.30
1819	847	10	1.18
1820	866	8	0.99
Total..	4.530	49	1.08

Possessions françaises : Mahé (côte de Malabar) et *Yanaon* (côte de Coromandel) ne nous occuperont pas ; car ce sont des

(1) *Notes on the med. topography of the interior of Ceylan*, etc., Lond. 1821.

localités peu importantes et leur pathologie nous est inconnue (1).

Mais *Pondichéry* et *Karikal* (côte de Coromandel), *Chandernagor* (Bengale), doivent fixer notre attention.

L'immunité de Pondichéry à l'égard de l'hépatite suppurative a été remarquée, depuis longtemps, par les écrivains anglais, pleinement édifiés sur l'endémicité de cette affection dans les possessions britanniques de l'Hindoustan (2).

Les médecins français qui ont écrit sur les maladies de nos comptoirs de l'Inde (3), ne sont pas moins affirmatifs, et, quoiqu'ils aient exagéré la rareté de l'hépatite à Pondichéry, ou quoique quelques-unes des observations sur lesquelles ils l'ont établie soient sujettes à révision et à rectification (4), cette rareté n'est pas contestable.

La situation pathologique est à peu près la même à Karikal. L'inflammation suppurative du foie y est tellement rare, dit Godineau, « que nous n'en avons observé qu'un seul cas en huit ans, sur un missionnaire apostolique qui était venu de l'intérieur réclamer nos soins ; le pus se fraya un passage à travers le poumon et le malade succomba à la fièvre hectique. »

Mais de grandes différences nous sont offertes par *Chander-*

(1) Chanot. (*Notes sur Mahé*. Arch. méd. nav., 1872, t. XVIII) considère ce pays comme très-sain et ne dit rien de sa pathologie.

(2) Un livre que nous avons eu, plusieurs fois déjà, l'occasion de citer (*Med. topography. and statistics of the Presidency of Madras* 1843), la signale comme une exception des plus curieuses en regard de la fréquence et de la haute gravité de l'hépatite parmi les résidants anglais dont le régime est si différent de celui des Français sous le double rapport des aliments et des boissons. Un auteur relativement récent, Edw. Jhn. Tilt (*Health in India for Bristish women*. Lond. 1875) demande s'il est vrai, comme le prétend le Dr J. Rochard (art. *Climat* du nouveau Dictionnaire de méd. et de chirurg. pratiques) qu'il y ait absence presque complète d'hépatite dans les établissements français de l'Inde et ajoute que « s'il en était ainsi, le fait lui-même parlerait, autant que des volumes, en faveur d'habitudes plus tempérantes, les hôpitaux anglais de l'Inde étant, à moitié, remplis de maladies hépatiques. »

(3) Lequerré. *Quelques considérations sur Pondichéry et ses habitants*. Th. Paris, 1837.— Huillet. *Pondichéry*. Arch. de méd. nav. 1867, t. VIII.— Follet. *Considér. sur l'état sanit. de Pondichéry pendant l'année 1877*. Ibid. 1880 t. XXXIII. — Aubœuf. *Contribut. à l'étude de l'hygiène et des maladies dans l'Inde*. Th. Paris, 1882. — Godineau. *Etudes sur l'établissement de Karikal*, Paris, 1858.

(4) Godineau et Huillet prétendent que le Dr Collas n'aurait observé, à Pondichéry, qu'une seule hépatite suppurée. Or nous avons sous les yeux les notes manuscrites de ce médecin (elles nous sont communiquées par le Dr Corre) et nous y rencontrons six relations d'abcès du foie dont quatre ont été contractés à Pondichéry.

nagor où, en deux ans, le Dr Fras (1) a rencontré 17 cas d'abcès du foie. Notre camarade, il est vrai, fait suivre cette indication d'une remarque singulièrement restrictive : « qu'on ne s'étonne pas trop de ce chiffre, car, chargé de la direction d'un hôpital où une moyenne de 6 à 800 malades se présentent par trimestre, et pour la plupart indigents, nous avons eu l'occasion, sans compter ceux de notre clientèle en ville, d'observer et de traiter un grand nombre de dysentériques. »

Possessions Portugaises. Nous ne sommes pas renseignés sur la pathologie de *Goa.*

Etablissements Anglais du détroit de Malacca (Straits). Il est à présumer que le régime de l'hépatite dans la *Birmanie anglaise* s'éloigne peu de celui que nous lui avons reconnu dans l'Inde ; mais, en réalité, nous ne savons rien de précis à ce sujet.

Quant aux possessions anglaises du *détroit de Malacca,* les chiffres du tableau XXXIV semblent démentir cette assertion de Hirsch que l'hépatite suppurative est inconnue à *Singapore,* encore que ce document n'accuse, remarquons-le, qu'une morbidité moyenne évidemment grossie par l'intrusion de simples congestions hépatiques, une mortalité faible et une invalidation fort peu élevée.

Cochinchine. Un examen superficiel du tableau XIII dont les éléments ont été puisés à une source officielle (2), pourrait faire croire que l'inflammation suppurative du foie est très-faiblement endémique dans la Cochinchine Française, puisque pour toute la période 1863-70, il n'accuse même pas du fait de cette affection, une entrée pour cent au total des entrées (0,69), résultat qui équivaut à 1,060 0/0 de l'effectif.

Or, établissons un parallèle entre ce tableau XIII et le tableau I qui, pour l'Inde anglaise, lui correspond le plus exactement, quant à la date :

A l'effectif, la morbidité de l'hépatite en Cochinchine (1.06) est environ le cinquième de cette même morbidité dans l'Inde (5.44).

Mais sa mortalité à l'effectif (0.12), est la moitié de celle

(1) *Etudes sur Chandernagor.* Th. Lyon, 1886.

(2) *Statistique de la Cochinchine française.* Saïgon, 1885.— De Candé a publié sur la *Mortalité des Européens en Cochinchine,* Paris, 1881, un mémoire que nous n'avons pu consulter.

du tableau I (0.24) et, rapportée à cent entrées pour hépatite, (11.50), elle est à peu près trois fois plus forte (4.41 dans l'Inde).

Considérons, d'autre part, qu'en Cochinchine, il y a eu, pour l'ensemble des années 1867 et 1868, sur cent entrées pour hépatite, près de 50 individus morts ou hors de service (46.95), alors que, dans l'Inde, la somme des décès et des congés ne donne, au total, qu'un rapport pour cent trois fois moindre (16.88).

Ces différences dans la mortalité et l'invalidation prouvent que l'hépatite s'est montrée trois fois plus grave en Cochinchine que dans l'Inde, donnée qui nous autorise à penser que le tableau XIII, au contraire du tableau I, ne s'adresse, pour ainsi dire, qu'à des hépatites vraies.

En tous cas, nous affirmons que les divers états pathologiques dits *congestion du foie*, *hypertrophie*, *ictère* ont été classés à part dans les statistiques d'où procède le tableau XIII et que nous les avons soigneusement exclus de celui-ci.

De cette étude des rapports, nous arrivons à conclure que la fréquence de l'hépatite suppurative, en Cochinchine, est, non le cinquième, mais le tiers de celle que l'hépatite en question présente comme moyenne des trois Présidences.

Nous croyons, en d'autres termes, que la suppuration du foie est moyennement fréquente en Cochinchine, alors qu'à enregistrer sans analyse et sans commentaires, les résultats statistiques, on pourrait penser qu'elle y est rare.

Cette proposition est, trait pour trait, la contre-partie de cette phrase de Dutroulau à propos de la rareté relative de l'hépatite *purulente* dans cette région de l'Extrême-Orient : « J'insiste avec intention sur cette qualification, car s'il ne fallait avoir égard qu'aux chiffres portés sur les tableaux, l'hépatite serait assez fréquente ; mais nous avons réuni dans ce titre les engagements simples et les ictères, affections généralement bénignes, tandis que l'abcès qui en est le caractère endémique grave, et qui correspond toujours à une même gravité de la dysenterie, est assez rarement indiqué, ce qui diminue d'autant son importance (1).

Les documents dont Dutroulau a disposé sont assez différents de ceux que nous avons mis à contribution, et, certainement, la colonne des hépatites est plus chargée dans son tableau

(1) *Maladies des pays chauds*, 2e édit., p. 60.

TABLEAU XIII. — Morbidité et mortalité par *hépatite*, en Cochinchine, de 1863 à 1870 inclus. (Statistique des hôpitaux, postes et ambulances).

Années	Effectif (1)	Total des entrées	Total des décès	Total des congés	HÉPATITE Entrées	Pour cent à l'effectif	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès	Congés	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des congés	Total des décès et des congés	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	
1863	8.493,5	22.269	632		104	1.22	0.46	11	0.12	10.57	1.58								
1864	9.406	18.812	506		121	1.31	0.64	14	0.14	11.29	2.76								
1865	8.939	15.279	376		110	1 23	0.71	17	0.19	15.45	4.49								
1866	8.368.5	15.125	323		81	0.96	0.53	11	0.13	13.58	3.40								
1867	8.309	12.284	440	1.127	111	1.33	0.90	13	0.15	11.71	2.95	19	0.22	17.11	1.68	32	0 38	28.82	46.95
1868	8.006	4.793	139	1.029	53	0.66	1.10	7	0.08	13.20	5.03	38	0.47	71.69	3.69	45	0.56	84.90	
1869	7.913	9.048	256		82	1.03	0.90	6	0.07	7.31	2.34								
1870	7.527	7.710	286		58	0.77	0.75	3	0.03	5.17	1.04								
Total	66.992	105.220	2.958		713	1.06	0.67	82	0.12	11.50	2.77								

(1) Nous exprimons l'effectif annuel par la demi-somme des effectifs le 1er Janvier et le 31 Décembre de chaque année.

que dans le nôtre ; mais la différence n'est pas telle qu'elle puisse justifier la conclusion de l'auteur quant à la bénignité des cas qu'il a groupés sous la rubrique *hépatite*.

L'opinion de Dutroulau aurait, sans doute, changé, s'il avait recherché les rapports au lieu de ne considérer que les chiffres absolus, et s'il n'avait pas négligé les termes de comparaison. Il n'aurait pas accepté comme vraie, relativement à la dysenterie de Cochinchine, une donnée qui est fausse et n'aurait pas appuyé d'un argument contestable sa loi de l'hépatite proportionnelle à la gravité de la dysenterie.

La phrase que nous venons de citer est, en effet, précédée de celle-ci, dans le livre de Dutroulau : « Quoiqu'il en soit, la dysenterie ne paraît pas avoir, en Cochinchine, un caractère de gravité et de léthalité qui doive la faire considérer comme cause principale de l'insalubrité du climat ; on peut la rapprocher de la dysenterie de la Guyane, et elle serait compatible avec un état sanitaire général satisfaisant, si elle n'était accompagnée de la fièvre paludéenne et du choléra. »

Tableau XIV. — Fréquence et gravité comparées de l'*Hépatite* dans les Hôpitaux et Ambulances de Cochinchine, en 1867, 1869 et 1870.

Années	Hôpitaux et Ambulances	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées p^r hépatite	Pour cent au total des décès
1867	Hôp. de Saïgon.	4.935	251	41	0.83	8	19.51	3.18
	Amb. de Mytho.	1.954	72	25	1.27	3	12	4.16
	— de Baria. .	622	12	5	0.80	0	»	»
	— de Bienhoa	426	24	9	2.11	2	22.22	8.33
1869	Hôp. de Saïgon.	4.859	176	47	0.96	2	4.25	1.13
	Hôp. des provinces et ambulances	4.189	80	35	0.83	4	11.42	5
1870	Hôp. de Saïgon.	4.526	246	41	0.90	2	4.87	0.81
	Hôpit. des provinces et ambulances	2.693	33	16	0.59	1	6.25	3.03

Or, nous en donnerons la preuve mathématique, la mortalité par dysenterie a été plus forte en *Cochinchine*, de 1863 à 1870, qu'à la *Martinique* pendant une période presque identique.

Le tableau XIV exprime la fréquence et la gravité comparées de l'hépatite dans les hôpitaux ou ambulances de la Cochinchine, en 1867, 1869 et 1870.

Tonkin. — Depuis la première occupation militaire du Tonkin, véritable épopée aux proportions fabuleuses tragiquement dénouée par la mort de Francis Garnier, l'histoire médicale de ce pays a traversé deux phases très dissemblables.

Dans la première, qui correspond à une période d'installation pacifique et restreinte, le Tonkin, qui possède un véritable hiver, est considéré comme une sorte de sanatorium. Néanmoins le Dr G. Maget, qui observe deux cas de congestion du foie et deux cas mortels d'hépatite suppurée (1) présentés par un personnel européen fort peu nombreux, pronostique en ces termes l'avenir pathologique de la nouvelle colonie : « Comme à Hong-Kong, Macao et Canton, l'hépatite et la dysenterie formeront la dominante pathologique. » (2)

Dans la seconde, marquée par une prise de possession guerrière entraînant une longue suite d'expéditions et de combats, apparaissent et sévissent les formes pathologiques qui sont le cortège habituel d'une armée européenne en campagne dans les pays intertropicaux.

Quelle a été la part de l'hépatite suppurative, dans cette série pathologique ?

Les éléments que nous possédons, statistiques partielles, pour la plupart défectueuses et incomplètes, ne nous permettent pas de l'établir avec une suffisante précision.

A l'ambulance de *Namh-Dinh*, dont il était le médecin-chef, le Dr Morand (3) a relevé, en 1884, 11 entrées pour hépatite, sur un total de 374 entrées fournies par 346 malades dont 86 indigènes, soit 1 entrée pour hépatite sur 34 entrées au total, ou 2,94 entrées pour hépatite sur 100 entrées du total, mor-

(1) L'un, « chez une personne qui avait de nombreux séjours coloniaux, » l'autre « chez un homme quelque peu intempérant qui avait huit années de séjour au Tonkin. »

(2) *Climat et valeur sanitaire du Tonkin*. Arch. de méd. nav. 1881, t. XXXIV.

(3) *Fonctionnement de l'ambulance de Namh-Dinh pendant l'année 1884*. Arch. méd. nav., 1885, t. XLIII.

bidité presque égale à celle du tableau V pour la présidence de Madras, de 1829 à 1838 et sur un effectif exclusivement européen.

Ces 11 hépatites ont donné lieu à deux décès : ce qui porte à 18,18 pour cent, l'indice de gravité de l'hépatite. Le Dr Morand, dans le travail auquel nous empruntons ces détails, ne nous fait pas connaître le total des décès; mais il écrit que, dans le chiffre de la mortalité générale, l'hépatite est représentée par 8 pour cent. (Ce rapport est exprimé par 2,77 au tableau XIII).

D'après le Dr Rey, médecin en chef de la marine et directeur du service de santé du corps expéditionnaire pendant la première phase des opérations, il y a eu, dans les hôpitaux et ambulances du Tonkin, du 1er août 1883 à fin mars 1885, 840 décès, dont 634 par maladies internes, 31 par accidents ou suicides, 175 par blessures de guerre. L'hépatite a contribué à cette mortalité par 20 décès : soit 2,38 pour cent au total et 3,15 pour cent aux décès par maladies internes (1).

A peu près à la même époque, le Dr Grall (2) a rencontré à l'hôpital d'*Hanoï*, sur un service d'environ 125 malades, 8 cas de dysenterie dont 5 mortels avec abcès du foie (3).

Nous devons à l'obligeance des Drs L. Maget et Lassabatie, des chiffres statistiques (Tableau XV) qui pourraient nous renseigner utilement sur le sujet que nous étudions, s'ils nous fournissaient des termes de rapports analogues à ceux que nous avons enregistrés jusqu'ici, et nous donnaient, pour l'hépatite, les entrées, les décès et les congés.

Ne pouvant rapporter les entrées pour hépatites à l'effectif ou au total des entrées, et les décès de cette cause à l'effectif ou au total des décès (puisque ces éléments nous font défaut), nous en sommes réduits à établir cette proportion avec le total des entrées ou des décès déterminés par l'impaludisme, la dysenterie, la diarrhée et l'hépatite réunies, sauf à user, ensuite, d'un artifice pour tenter la comparaison de ces résultats

(1) *Le Tonkin*. Arch. méd. nav. 1887, t. XLVII.

(2) *Notes méd. relatives à l'hôp. d'Hanoï*. Arch. méd. nav., 1886, t. XLV.

(3) Il est probable que ces cinq cas d'abcès du foie ont figuré, dans les relevés sous la rubrique *dysenterie*. Cette circonstance et l'omission de tout renseignement relatif aux hommes congédiés (de 1884 à 1891, 31 *abcès du foie*, provenant du Tonkin, ont été reçus à l'hôpital de St.-Mandier, Toulon) laissent à la plupart des statistiques une valeur *absolue* presque nulle. Elles conservent néanmoins quelque signification *relative*, des errements analogues ayant été suivis ailleurs, en Cochinchine par exemple.

TABLEAU XV. — Morbidité et Mortalité par *Hépatite*, à l'hôpital d'Hanoï, du 1er octobre 1885 au 1er juillet 1891.

	Impaludisme, Dysenterie Diarrhée et Hépatite		HÉPATITE				
	Entrées	Décès	Entrées	Pour cent au total ci-contre	Décès	Pour cent aux entrées pr hépatite	Pour cent au total des décès ci-contre
Européens	8.835	403	67	0.75	5	7.46	1.24
Indigènes	1.317	125	11	0.83	5	45.45	4
Total	10.152	528	78	0.76	10	12.82	1.89

à ceux que nous avons obtenus, précédemment, d'opérations plus correctes.

Nous trouvons ainsi : pour l'effectif européen, 0,75 °/o quant aux entrées, 1.24 °/o quant aux décès, et pour l'ensemble des effectifs 0.76 °/o quant aux entrées, 1.89 °/o quant aux décès ; l'indice de gravité étant, dans un cas, 7.46, et 12.82 dans l'autre.

Or, si nous admettons qu'au Tonkin, comme en Cochinchine, les entrées et décès dus à l'impaludisme, à la dysenterie, à la diarrhée et à l'hépatite représentent, environ, les deux tiers du *total* des entrées et des décès, le premier rapport devient 0,50 pour les entrées et 0,83 pour les décès ; le second 0,506 d'une part et 1.26 de l'autre.

D'où nous concluons, *tenant compte des chiffres supérieurs* accusés par les statistiques de Morand et de Rey, que la morbidité et la mortalité *moyennes* par hépatite ont été, au Tonkin, à peu près les mêmes qu'en Cochinchine, à des époques différentes, mais dans des conditions d'occupation militaire très-analogues (1).

(1) D'après le Dr de Fornel, médecin en chef de la marine (*Etat sanitaire du Tonkin*, etc., Arch. de méd. nav., avril 1892), il y a eu, pendant l'année 1890, dans cette colonie, un total de 20,983 entrées et de 840 décès, dans les hôpitaux ou ambulances : l'hépatite a donné lieu à 257 entrées (1.22 °/o au total) et à 19 décès (2.26 °/o au total des décès et 7.50 °/o aux entrées correspondantes).

TABLEAU XVI. — *Hépatite :* Statistique du Royal naval hospital de Hong-Kong, du 1er juillet 1846 au 30 juin 1859.

Total des entrées	Total des décès	Total des congés	Total des décès et des congés	HÉPATITE										
				Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entr. pour hépatite	Pour cent au total des décès	Congés	Pour cent aux entr. pour hépatite	Pour cent au total des congés	Total des décès et des congés	Pour cent aux entr. pour hépatite	Pourcent au total *général* des décès et des congés
4738	410	1019	1429	91	1.92	20	21.97	4.87	21	23.07	2.06	41	45 05	2.86

TABLEAU XVII. — *Hépatite :* Statistique de l'hôpital de Shang-Haï, du 1er mai 1863 à fin août 1864.

Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE					REMARQUES
		Entrées	Pour cent au total	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès	
818	102	12	1.40	2	16.66	1.90	Nous ne connaissons pas le chiffre des congédiés ; mais plusieurs hommes atteints d'hépatite ont été renvoyés en France.

Chine. — L'Hépatite suppurative se rencontre dans la plupart des villes du littoral de la Chine. Relativement rare à *Tien-tsin*, presque inconnue à *Tche-foo*, elle augmente de fréquence du Nord au Sud, devient franchement endémique à *Shang-haï*, donne à *Swatow* « les 72 millièmes des malades et le quart des décès » (Mahé), complique très-fréquemment la dysenterie à *Canton* et sévit à *Hong-Kong* sur l'élément européen.

Nous empruntons à un mémoire du Dr Smart (1) des chiffres qui montrent la morbidité et la mortalité par hépatite observées à Hong-Kong, parmi les soldats et marins anglais, de 1846 à 1859 (Tableau XVI).

Nous pouvons présenter, pour *Shang-Haï*, trois tableaux se rapportant : l'un à une époque relativement ancienne ; les deux autres, à une période récente.

Le premier (XVII) a été établi d'après les données numériques de la thèse de Duburquois (2).

Il accuse, pour l'hépatite, une fréquence moyenne et un assez haut degré de gravité.

Tableau XVIII. — *Hépatite* : Statistique de l'hôpital général de Shanghaï (3) (années 1883, 1884, 1887, 1888 et 1889.)

Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE					REMARQUES
		Entrées	Pour cent au total	Décès	Pour cent aux entrées pr hépatite	Pour cent au total des décès	
2222	221	39	1.75	10	25.64	4.52	Les abcès du foie *signalés* ont été ajoutés aux hépatites.

Des deux autres, le tableau XVIII a été dressé avec les chiffres *officiels* de l'hôpital général de Shanghaï. Quant au

(1) *Observations on the climatology, topography and diseases of Hong-Kong and the Canton River station*, etc. Transact. of the epidemiological, Soc. of London, 1862, vol. I, part II.

(2) *Notes sur les maladies des Européens en Chine et au Japon*. Th. Paris, 1872.

(3) Reports of the Shang-Haï gén-hospital.

tableau XIX, ses éléments nous ont été fournis par des confrères qui nous en ont garanti la parfaite exactitude.

Tableau XIX. — Statistique des *abcès du foie* relevés parmi les malades européens de l'hôpital général de Shang-Haï, de 1880 à 1888 inclus.

Total des entrées	Total des décès	ABCÈS DU FOIE				
		Nombre d'abcès	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux abcès	Pour cent au total des décès
3180	?	18	0.51	16	88.88	?

Ces proportions sont plus élevées que toutes celles du tableau XVII. Elles sont inférieures à deux de leurs homologues du tableau XVI.

Japon. — L'hépatite suppurative n'est pas endémique au *Japon*. Tous les cas d'abcès hépatiques signalés, pour ce pays, par les statistiques européennes, ont été présentés par des hommes qui avaient séjourné en Chine ou en Cochinchine et y avaient plus ou moins souffert du foie, ou y avaient été atteints de dysenterie (1).

Asie Russe. — « Les trois grands processus pathologiques des pays chauds, fièvre intermittente, dysenterie et hépatite, sont inconnus à *Vladivostok* » (2).

Faiblement endémique en *Perse* et en *Mésopotamie* (3), l'hépatite

(1) « Tous les médecins qui ont observé pendant quelque temps dans le pays, sont unanimes à reconnaître l'extrême rareté des affections hépatiques. Si les listes obituaires mentionnent quelques cas d'abcès du foie, il s'agit, presque toujours, d'étrangers qui, après de longs séjours dans les régions tropicales ou subtropicales de la Chine, sont venus au Japon, déjà épuisés par la maladie et y ont succombé. » Vincent. *Le Japon*, arch. méd. nav., 1889, t. LII.

(2) Sollaud. *Rapport médical de la campagne du croiseur le* Kerguélen *dans les mers de Chine et du Japon (1878-81)*. Arch. de méd. nav., 1882, t. XXXVII.

(3) Hyslop. *Med. topography of Bagdad*. Transact. of the med. and phys. Soc. of Bombay, 1851, n° X. — Ponty. *Relat. méd. de la campagne du* Surcouf *dans le golfe Persique*, etc. Th. Montp., 1867.

suppurative reprend une fréquence et une gravité relatives sur tout le litttoral Asiatique de la *mer Rouge* (1).

Sous ce double rapport, *Aden* occupe le troisième rang dans la statistique de Webb pour la Présidence de Bombay (Tableau VI).

Disons, enfin, que l'*Asie Mineure* et, plus particulièrement, la *Syrie*, ne sont pas tout à fait indemnes vis-à-vis de l'inflammation suppurative du foie, quoiqu'elles n'en constituent pas des foyers d'endémicité très-intenses.

II. — Afrique

Algérie. — Il est singulier et fâcheux, en même temps, que l'Algérie qui est, de toutes les possessions françaises, celle dont la pathologie a été le plus étudiée, appartienne au groupe des pays sur lesquels la géographie médicale possède le moins de renseignements statistiques. Il en est pourtant ainsi ; car les chiffres sont absents de la plupart des livres et mémoires écrits par les médecins militaires, ou ceux que l'on y rencontre sont des chiffres absolus, sans indication d'effectif, de total des entrées, etc., sans rien, en un mot, qui permette d'établir une proportion.

D'autre part, la statistique *officielle*, publiée, chaque année, par le ministère de la guerre, n'assigne qu'une colonne à la congestion, à l'inflammation et à l'hypertrophie du foie.

Or, si des tableaux reposant sur une pareille synthèse sont acceptables, faute de mieux, quand ils viennent confirmer les indications de statistiques plus sévères, ou encore quand on se propose d'établir une comparaison entre plusieurs localités d'une même région dont la pathologie est connue, il est certain que, par eux-mêmes, ce sont de médiocres éléments dont on hésite à se servir.

Tableau XX. — Mortalité par *hépatite* et *abcès du foie*, dans les hôpitaux d'Algérie, 1847-48.

	Prov. d'Alger	Prov. d'Oran	Province de Constantine	Moyenne
Pour mille au total des décès......	20.58	24.65	12.27	19.16

(1) Aubert-Roche. *Essai sur l'acclimatement des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1854.

Nous nous bornerons donc à reproduire (Tableau XX) les rapports numériques signalés par MM. Kelsch et Kiener (1) comme expression de la mortalité par hépatite, en Algérie, dans les hôpitaux des trois provinces, pendant la période 1847-48.

La mortalité *moyenne* accusée par ce tableau (19.16 pour mille ou 1,916 pour cent) est inférieure à celle de la Cochinchine et supérieure à celle du Tonkin pour l'hôpital d'Hanoï. La morbidité qui lui correspond n'est, probablement, pas excessive et, sans doute, ni l'un ni l'autre de ces deux indices démographiques ne justifie, par son degré, l'épithète de *terre classique de l'hépatite* appliquée, à l'Algérie, par quelques médecins, si l'on entend par là que ce pays est de ceux qui ont le triste privilège de produire, au maximum d'intensité, la suppuration du foie.

Le même tableau nous prouve que l'hépatite suppurative est plus meurtrière dans la province d'*Oran* que dans les deux autres provinces : aucun auteur ne conteste qu'elle y soit, en même temps, plus fréquente.

Sénégal. — Le Sénégal est, pour la maladie que nous étudions, un foyer d'endémicité bien plus redoutable que l'Algérie. Les tableaux XXI et XXII, dont les chiffres absolus ont été pris dans les statistiques de M. Bérenger-Féraud (2) rendent cette proposition inattaquable.

Le tableau XXII montre, de plus que le tableau XXI, le pour cent à l'*effectif*, des entrées et des décès déterminés par l'hépatite, les congés de convalescence et les proportions qui s'y rattachent. C'est donc le plus complet ; par conséquent, le plus intéressant et celui qu'il faudra consulter de préférence.

Ne possédant, pour l'Inde Anglaise, aucune statistique dont la période corresponde à celle des tableaux du Sénégal, seule condition dans laquelle une comparaison exacte serait possible, nous sommes obligés d'opposer, aux chiffres du tableau XXII, les chiffres du tableau I, celui qui s'en rapproche le plus quant à la date. Il ressort de ce parallèle :

1° Qu'à l'effectif, la fréquence moyenne de l'hépatite au Sénégal (4.41) représente les quatre cinquièmes de cette fréquence dans l'Inde (5.44).

(1) *Traité des maladies des pays chauds*, etc., Paris, 1889.
(2) *Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal*, t. II, Paris, 1878.

TABLEAU XXI. — Morbidité et mortalité par *hépatite*, dans les hôpitaux du Sénégal, pendant vingt ans (1853-72).

Hôpitaux	Races	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE				
				Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pr hépatite	Pour cent au total des décès
St-Louis	Européens. .	34437	1379	810	2.35	58	7.16	4.20
	Noirs	8248	602	186	2.35	14	7.52	2.32
	Total . . .	42685	1981	996	2.38	72	7.22	3.63
Gorée	Européens. .	21771	937	492	2.25	49	9.95	5.22
	Noirs	2035	225	41	2.01	4	9.75	1.77
	Total . . .	23806	1162	533	2.23	53	9.94	4.56
Les deux hôpitaux .	Européens. .	56208	2316	1302	2.31	107	8.21	4.62
	Noirs	10283	827	227	2 20	18	7.92	2.17
	Total . . .	66671	3143	1529	2.29	126	8.24	4.00

2° Qu'à l'effectif, l'hépatite du Sénégal (0.32), est plus meurtrière que celle de l'Inde (0.24).

3° Qu'à l'effectif, l'invalidation déterminée par la première (1.13) est plus forte que celle de la seconde (0.67).

4° Que sur cent entrées pour hépatite, il y a plus de décès par l'une (7.37) que par l'autre (4.41).

5° Que sur cent entrées pour hépatite, le déchet total est plus fort par celle-là (33.07) que par celle-ci (16.88); ces deux dernières proportions signifiant que l'hépatite du Sénégal est la plus grave.

Nous en concluons que le tableau XXII (Sénégal) se rapporte mieux à la véritable hépatite suppurative que le tableau I (Inde Anglaise) en ce sens qu'il comporte moins de simples congestions hépatiques, et, tenant compte de la différence des périodes, nous estimons que l'intensité *moyenne* de l'hépatite *à abcès* est à peu près la même au Sénégal et dans l'Inde.

La comparaison des deux tableaux nous indique encore que, pour l'un quelconque des deux hôpitaux du Sénégal, Saint-Louis ou Gorée, l'hépatite est, comme morbidité et mortalité, inférieure à celle de Madras, supérieure à celle de Bombay, mais qu'elle l'emporte en gravité dans les deux cas.

TABLEAU XXII. — Morbidité, mortalité et invalidation par *hépatite*, au Sénégal, pendant vingt ans (1853-1872), dans les corps européens dont l'effectif est connu.

	Effectif	Total des entrées	Total des décès	Total des congés	HÉPATITE												
					Entrées	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès	Congés	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des congés	Total des décès et des congés	Pour cent aux entrées pour hépatite
Saint-Louis. . . .	16.366	30.141	1.220	2.692	772	4.71	2.56	51	0.31	6.60	4.18	234	1.42	30.31	8.69	285	36.91
Gorée.	7.012	12 691	506	841	259	3.69	2.04	25	0.35	9.65	4.94	31	0.44	11.96	3.68	56	21.62
Total	23.378	42 835	1.726	3.533	1.031	4.41	2.40	76	0.32	7.37	4.40(1)	265	1.13	25.70	7.50	341	33 07

(1) On peut lire dans plus d'un écrit que l'hépatite entre pour un *tiers* dans la somme totale des décès au Bengale et pour un *quart* au Sénégal !

TABLEAU XXIII. — Fréquence proportionnelle des malades et des morts, suivant l'effectif, dans les divers points de la Colonie (1).

HÉPATITE.

MALADES					MORTS											
					Relativement à l'effectif						Relativement aux malades					
St-Louis et Gorée	Bas Sénégal	Haut Sénégal	Cayor	Rivière du Sud	St-Louis	Gorée	Bas Sénégal	Haut Sénégal	Cayor	Rivière du Sud	St-Louis	Gorée	Bas Sénégal	Haut Sénégal	Cayor	Rivière du Sud
4.4	3.2	8.5	8.6	2.5	0.3	0.3	»	1.2	0.2	0.4	6.6	9.7	»	1.4	3.7	1.7

(1) M. Bérenger-Féraud appelle : *Bas-Sénégal*, tout le pays qui s'étend, de l'embouchure du fleuve, à Podor; *Haut-Sénégal*, la région comprise entre Podor et Médine; *Cayor*, les postes de Dakar, Rufisque, etc. ; *Rivières du Sud*, la Casamance, Sedhiou, le Rio-Nunez, le Rio-Pongo et la Mellacorée. — Les limites actuelles du Haut-Sénégal s'étendent beaucoup plus vers l'O. jusqu'à Bamako. — Bakel, Cayes et Médine en sont les postes les moins avancés.

Enfin, les tableaux XXI et XXII font voir que cette maladie a une morbidité et une mortalité plus fortes à *Saint-Louis* qu'à *Gorée*, et que, si la proportion pour cent des décès aux entrées pour hépatite est plus élevée à Gorée, le déchet total, par rapport à ces mêmes entrées, est plus marqué à Saint-Louis.

Le tableau XXIII, emprunté de *toutes pièces* au livre de M. Bérenger-Féraud, établit la fréquence et la gravité comparées de l'hépatite dans les principaux établissements ou postes du Sénégal.

D'après ces chiffres, Saint-Louis et Gorée à part, la fréquence de l'hépatite irait en augmentant : du N. au S. le long du littoral jusqu'aux *Rivières* exclusivement, et de l'O. à l'E., en remontant le fleuve jusqu'à *Bakel*. D'après le Dr Duclot (1), ce serait là, pour la progression que nous venons d'indiquer, le point *limite :* car à *Bafoulabé*, *Kita* et *Bamako*, l'hépatite serait, de beaucoup, moins commune que dans les premiers postes du Haut-Sénégal.

Le même tableau nous apprend que, dans cette dernière région, l'hépatite paie le plus lourd tribut à la mortalité générale, et, qu'estimée par le rapport pour cent des décès aux entrées, la gravité de la maladie est plus forte à Gorée et à Saint-Louis que partout ailleurs.

Côte occidentale d'Afrique. — Dans nos comptoirs d'*Assinie* et de *Grand Bassam*, l'hépatite suppurative paraît plus rare qu'au Sénégal et qu'aux Rivières du Sud. Legrain (2) n'y a jamais vu la terminaison de l'hépatite par la formation d'un abcès. Jubelin (3) dit aussi n'avoir jamais rencontré d'abcès du foie, pendant un séjour de onze mois en ces deux points de la Côte, bien qu'il ait eu l'occasion de faire des autopsies de dysentériques ; et Forné (4) à Grand Bassam n'a observé, en 12 mois, que deux hépatites dont une avec abcès, chez un sergent indigène d'infanterie de marine.

Notons, cependant, que l'observation de ces médecins a porté sur des effectifs très restreints. Il ne faudrait donc pas conclure, sans réserves, de la faiblesse des chiffres absolus, à l'*extrême* rareté de l'hépatite purulente dans ces parages.

Les établissements *Anglais* de la *Côte-d'Or* seraient, plus que nos

(1) *Haut-Sénégal et Haut-Niger*. Th. Bordeaux, 1886.

(2) *Aperçu topographique et méd. sur les comptoirs de grand Bassam et d'Assinie*. Th. Montp., 1858.

(3) *Topographie méd. du pays d'Aouëmi* (C. d'Or) Th. Montp., 1866.

(4) *Grand Bassam*. Th. Montp., 1870.

comptoirs de la *Côte-d'Ivoire*, éprouvés par l'inflammation suppurative du foie, si nous tenons pour exacte cette assertion de R. Clarke (1) qu' « Indigènes et Européens y sont fort sujets aux affections hépatiques » et que « l'hépatite aiguë y est apte à se changer en abcès » terminaison dont l'auteur a vu deux exemples très rapidement suivis de mort. On trouva, à l'autopsie, une destruction très étendue du parenchyme hépatique.

La suppuration du foie existe-t-elle endémiquement à la *Côte des Esclaves*? On serait surpris du contraire, tant le pays est malsain par ailleurs. Cependant les auteurs qui, comme Féris (2), y signalent l'hépatite, n'y mentionnent pas l'*abcès* du foie, et l'on peut faire remarquer que, malgré l'opportunité étiologique qui lui a été offerte par l'explosion d'une dysenterie meurtrière, aucun cas de cette affection n'a été constaté, parmi nos troupes, lors de la première expédition du *Dahomey*.

Mais notre regretté camarade, B. Giraud, ne dit pas, dans sa relation des *Archives de Médecine navale* (3), que l'autopsie des individus qui ont succombé à la dysenterie ait été pratiquée. C'est donc qu'elle n'a pas eu lieu : or, est-il invraisemblable qu'on eût pu trouver des abcès du foie à l'ouverture des cadavres ?

Gabon. — Les premiers observateurs ont considéré l'hépatite suppurée comme inconnue, ou tout à fait exceptionnelle, au Gabon. Touchard (4) ne l'a pas inscrite au bilan pathologique du pays et Griffon du Bellay (5) déclare qu'elle n'y est pas endémique, opinion acceptée et reproduite par la plupart des médecins qui lui ont succédé dans la colonie.

La pratique médicale de ces dernières années prouve que les temps sont bien changés.

Un cas mortel, survenu chez un second maître de l'*Eurydice*, et rapporté par Bestion (6), en 1881, montrait déjà que l'hépatite existe au Gabon et y existe *suppurative*, lorsqu'en 1887, les thèses

(1) *Remarks on the topography and diseases of the Gold Coast.* Transact. of the epidemiological Soc. of London. Vol. I. Part. II. 1860.

(2) Arch. de méd. nav., 1879, T. XXXI.

(3) *Le pays du Bénin.* Ibid., 1891, T. LV.

(4) *Rivière du Gabon et ses maladies.* Th. Montp., 1864.

(5) *Rapport sur le service de l'hôp. flottant la Caravane.* Archiv. de méd. nav., 1864, T. I.

(6) *Etude sur le Gabon.* Ibid., 1881, T. XXXVI.

de J. Thomas (1), J. Borius (2) et Brochet (3) sont venues établir qu'elle y est fréquente et grave.

« Les hépatites sont très communes et très graves au Gabon, écrit Brochet ; elles ont une allure rapide et le rapatriement s'effectue souvent trop tard. Il sera prudent aux médecins appelés à donner leurs soins aux malades au Gabon, de se méfier de ces fièvres à forme continue avec rémission matinale et diarrhée intermittente, sans pesanteur de l'hypochondre droit, sans douleur d'épaule, sans dysenterie, car ces fièvres pourraient leur causer des surprises désagréables, étant données les affirmations de la non existence des hépatites dans cette colonie.. Les autopsies ont toujours été pratiquées, de telle sorte qu'il n'est pas possible d'invoquer un diagnostic inexact. La marche aiguë de ces affections qui revêtent en général la forme typhoïde, peut induire en erreur et il est bon de consulter toujours la région hépatique, quand on se trouve en présence d'une forme typhoïde. C'est ainsi qu'un malade qui, à notre arrivée, nous avait été laissé comme atteint de fièvre typho-malarienne et de bronchite spécifique, a été reconnu atteint d'hépatite suppurée qui se vidait par les bronches après perforation du diaphragme ; l'autopsie a d'ailleurs confirmé ce dernier diagnostic. Un fait digne de remarque, c'est le silence avec lequel se fait l'évolution de cette affection ; il n'est pas rare, en effet, de voir des abcès se produire et acquérir un volume considérable chez des individus qui semblent à peine malades et qui continuent à vaquer à leurs occupations, jusqu'au moment où leur abcès vient à s'ouvrir.......

Quant à la fréquence de la maladie, les chiffres sont suffisamment éloquents ; dans l'espace de dix mois (juillet 1885-avril 1886), dix cas d'hépatite aiguë ou suppurée ; neuf cas de congestion hépatique grave ; parmi ces malades, trois sont morts au Gabon, un a succombé à Lisbonne, les autres ont été rapatriés d'urgence. »

Pourquoi ce changement subit et imprévu, dans la pathologie du Gabon ? Le Dr Brochet nous l'apprend, quand il nous dit que son séjour dans la colonie se divise en deux périodes : l'une où tout le personnel vit à terre et où les marins malades sont reçus à l'hôpital militaire ; l'autre où l'on transforme en ponton-caserne-hôpital, la frégate de deuxième rang, l'*Alceste*, envoyée de France à cet effet.

(1) *Contribut. à l'étude de l'hépat. supp. des pays chauds.* Th. Montp., 1887.
(2) *Contribut. à la géographie méd. du Gabon.* Th, Montp., 1887.
(3) *Souvenirs méd. d'une campagne au Gabon.* Th. Montp., 1887.

L'observation des médecins qui ont inauguré le service du Gabon, celle de leurs successeurs immédiats, a porté sur un personnel de marins embarqués à bord d'un stationnaire qui a été, successivement, la *Caravane*, la *Cordelière* et l'*Euridyce*. Par la suite, on envoie dans la colonie de l'infanterie de marine, et l'on débarque les marins.

Or, un point sur lequel sont d'accord tous ceux de nos camarades qui ont servi dans cette région de l'Afrique intertropicale, c'est l'extrême différence que présentent, sous le rapport de la morbidité et de la mortalité, les Européens habitant à terre ou séjournant à bord.

Telle est la raison pour laquelle un chiffre relativement extraordinaire de malades et de morts, a, comme l'indique le Dr Brochet, coïncidé avec les premiers temps de sa résidence.

L'hépatite coexiste avec la dysenterie, dans les établissements *Espagnols* et *Portugais* du golfe de *Biafra* (*Fernando-Po*, île *du Prince*, etc.) ; mais nous ne savons rien de sa fréquence.

Nous connaissons encore moins, sous le rapport médical, les possessions *Portugaises* de la côte d'Afrique, au-delà du *Cap-Lopez* (*Saint-Paul-de-Loanda*, *Saint-Philippe-de-Benguela* et *Mossamédès*). Disons pourtant, que le dernier de ces points est réputé très salubre et que les Portugais l'appellent le *Cintra* de l'Afrique Austro-occidentale (1).

Quant au *Congo Français* qui, croyons-nous, vaut mieux que le Gabon, au point de vue sanitaire, nous n'avons pu consulter, sur ses conditions pathologiques, aucun document *médical*.

Sainte-Hélène. — Cette île de l'atlantique est, pour l'hépatite purulente, un foyer endémique de moyenne intensité, et, très cercertainement, toutes les hépatites graves qui figurent au tableau XXXIV sous la rubrique « *Cap et Sainte-Hélène* » lui appartiennent.

Cap de Bonne-Espérance. — En effet, l'hépatite *vraie* n'est pas endémique au Cap, pays tempéré devenu, depuis longtemps, un *sanatorium* pour les Anglais renvoyés de l'Inde, convalescents de dysenterie ou d'une affection du foie. Les seules maladies hépatiques nées sur place et du climat ne sont que des congestions ; encore, sont-elles rares.

Dans ses « *Notes sur le climat du Cap de Bonne-Espérance*, »

(1) Canolle. *Contribut. à la géographie méd. de la Côte Occid. d'Afrique : Mossamédès*. Arch. méd. nav., mars 1888, t. L.

Stovell (1) insiste sur ce fait que les rechutes de maladies contractées sous les tropiques, sont exceptionnelles au Cap et communes en Angleterre.

Au surplus, les chiffres établissent que les maladies du foie, considérées en général, y sont remarquablement bénignes, puisque, d'après W. Martin (2), 155 entrées de ce chef, en sept ans, n'ont entraîné que 3 décès, soit 1,93 °/₀; puisque, conformément aux indications des tables du major Tulloh, la morbidité par maladies du foie est, pour la période 1822-1834 inclus, de 8 pour mille à l'effectif dans le Royaume-Uni et de 21 pour mille au Cap ; leur mortalité étant 0,4 pour mille dans le premier cas, et 1 pour mille dans le second.

ILES DE L'OCÉAN INDIEN. — L'hépatite suppurative n'est pas absente du groupe des maladies endémiques de *Madagascar*. Tissot (3) la dit fréquente à *Tamatave*, et l'on peut affirmer qu'à *Diego-Suarez*, elle a contribué, pour une part qui est loin d'être insignifiante, à la morbidité de nos troupes, lors de la guerre contre les Hovas.

Nous voyons, en effet, si nous consultons les tableaux statistiques du Dr Cartier (4) que, de juin 1886 à décembre 1887, il y a eu : sur 1161 entrées pour maladies *endémiques*, 21 entrées pour hépatite aiguë, dont 2 suppurées, 1,81 °/₀, plus de deux fois la morbidité moyenne de l'hôpital d'Hanoï, rapportée au même facteur, de 1885 à 1891 ;

Sur 16 décès par maladies endémiques, 1 décès par abcès du foie : 6,25 °/₀ ;

Sur 21 entrées pour hépatite, 1 décès : 4.76 °/₀.

Nous convenons que ces rapports ne sont pas très élevés ; le dernier, l'un des plus faibles, n'est pourtant pas inférieur aux chiffres qui lui correspondent dans les statistiques de l'Inde ; preuve qu'à Madagascar, comme dans l'Hindoustan, bien des congestions du foie ont passé pour des hépatites, et qu'il faudrait, pour apprécier d'une façon exacte la gravité de celles-ci, être renseigné sur le nombre des congés de convalescence qu'elles ont rendus nécessaires.

Les abcès du foie sont étrangers à la pathologie ordinaire de

(1) Transact. of the med. and-physic. soc. of Bombay, 1851, n° X.

(2) *Notes on the Cap of Good Hope, its climate*, etc. Indian annals, 1856, n° VII.

(3) *Rapp. méd. sur la campagne de l'aviso le Hussard*. Arch. méd. nav., 1888, t. XLIX.

(4) *Diego Suarez*, ibid.

Mayotte. Il n'en est même pas question dans la thèse de Gelineau (1). Ceux que Grenet a relatés (2), se sont développés sous l'influence d'une condition exceptionnelle : la dysenterie *épidémique.*

L'hépatite suppurative n'est pas très commune à *Sainte-Marie* de Madagascar ; mais on l'y trouve.

Le Dr Girard (3) en a relevé 7 cas, dans le cahier des rapports, de 1860 à 1870. Tous se sont terminés par la mort : quatre étaient d'origine dysentérique.

La même affection est rare ou absente à *Nossi-Bé* (4) et aux *Comores* (5).

A la *Réunion,* d'après Dutroulau (6), « on peut reconnaître un véritable caractère de gravité à la dysenterie, dans l'existence, à côté d'elle, de l'hépatite purulente. C'est la race noire formant une partie de l'effectif des malades traités dans les hôpitaux de cette colonie, qui donne le plus grand nombre de dysenteries graves et d'abcès du foie. »

L'inspection du tableau XXIV, dressé avec les chiffres de cet auteur, nous fait supposer que, si le régime de l'hépatite est à la Réunion, toujours le même que celui des années 1851 et 1854, cette maladie, fréquente ou non, n'y exerce pas de grands ravages.

Ses conditions actuelles d'endémicité sont, probablement, analogues, à *Maurice* où, si nous en croyons le tableau XXXIV, aucun décès ne se serait produit, de son fait, en 1870 et 1871.

Il n'en était pas ainsi au commencement du siècle. Chapotain (7), qui a étudié la pathologie de Maurice à cette époque, signale la fréquence des *dépôts* qui s'y forment dans le foie et l'expectoration purulente qu'ils provoquent. « Dans les dépôts que j'ai pu ouvrir entre les dernières fausses côtes, quelques-uns, dit-il, se sont rétablis ; la plupart de ceux chez lesquels l'abcès occupait la partie externe du lobe moyen ont été guéris ».

D'après Drago, la dysenterie est quelquefois suivie d'abcès hépatique, aux *Seychelles.*

(1) *Aperçu méd. sur l'île Mayotte.* Th. Montp. 1858.

(2) *Souvenirs méd. de quatre années à Mayotte.* Th. Montp. 1866.

(3) *Essai de topographie méd. de Sainte-Marie de Madagascar.* Th. Montp. 1887.

(4) Guiol. *Topograph. méd. de Nossi-Bé.* Arch. méd. nav., 1882, t. XXXVIII. — Deblenne. *Étude Géographique de Nossi-Bé.* Th. Paris, 1883.

(5) Tissot, loc. cit. — Drago. *Rapp. sur la camp. du d'Estaing.* Arch. méd. nav. 1890, t. LIII.

(6) Op. cit.

(7) Topographie méd. de l'île de France. Paris, 1812.

Tableau XXIV. — Morbidité et mortalité par *hépatite*, à l'hôpital de Saint-Denis, en 1851 et 1854.

Années	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE				
			Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès
1851	2.622	55	39	1.48	0	0	0
1854	939	32	11	1.17	1	9.09	3.12
Total.	3.561	87	50	1.40	1	2	1.14

Le même médecin regarde l'hépatite et l'abcès du foie comme rares, pour ne pas dire inconnus, à *Zanzibar*, et il ajoute que « le D[r] Marseille, depuis deux ans et demi médecin du sultan, n'a pas rencontré une seule fois, une affection du foie, ni chez les Européens, ni chez les indigènes. »

Littoral africain de la Mer-Rouge. — L'hépatite suppurative s'y retrouve avec tous les caractères d'une redoutable endémie (Aubert Roche).

Elle complique facilement la dysenterie à *Obok*, au rapport d'Esclangon (1) et sévit à *Massouah*, l'un des points les plus insalubres de cette côte.

Egypte. — Comme au temps où Larrey l'y observait parmi les troupes françaises, l'hépatite suppurative domine dans ce pays.

Qu'il s'agisse d'*Alexandrie*, du *Caire* ou de *Port-Saïd*, les nombreux et importants travaux (2) par lesquels l'Egypte a contribué à l'histoire médicale de la suppuration endémique du foie, disent assez la richesse des matériaux pathologiques dont elle dispose et qu'elle tient en réserve.

(1) *Rapport sur Obok*. Arch. de méd. nav., 1889, t. LI.
(2) Sachs, de Castro, Kartulis, etc.

Tous les médecins de la marine (1) qui ont écrit sur la pathologie de cette région de l'Afrique, placent l'abcès du foie au premier rang des maladies qu'on y rencontre.

Tunisie. — Le foie suppure rarement et, même, le plus souvent, échappe à toute altération morbide dans le Nord de la Régence (2).

Dans le Sud et sur la côte E, notamment à partir de Sfax, la dysenterie et les abcès du foie se montrent assez fréquemment (3).

III. — Amérique.

C'est dans l'Amérique *inter-tropicale* que l'hépatite suppurative présente son maximum de fréquence et de gravité : mais les régions tempérées de cette partie du nouveau monde sont loin d'être entièrement soustraites à son influence.

Etats-Unis. — S'il est vraisemblable que les hépatites relevées dans les statistiques anglaises pour le *Canada*, sont des inflammations scléreuses dans l'étiologie desquelles n'interviennent ni le tellurisme ni le climat, il semblerait, à en juger par les relations des médecins américains, que la véritable hépatite endémique suppurée, appartienne au cadre pathologique des *Etats de l'Union* et doive y figurer, à titre d'élément permanent.

Aussi, avons-nous été surpris, quand nous avons constaté, en dressant le tableau XXV, le peu de fréquence et surtout le peu de gravité de l'hépatite, ou de l'affection réputée telle, dans l'armée fédérale.

(1) Cerf-Mayer. *Deux années de séjour à Alexandrie*. Th. Paris, 1869. — Vauvray. *Port-Saïd* (Egypte). Arch. méd. nav., 1873, t. XX.— Friocourt. *Rapp. sur la campagne du cuirassé la* Galissonière *: station du Levant. Port-Saïd*. Ibid., 1884, t. XLII.

(2) Pendant une station de huit mois à la Goulette, je n'ai jamais entendu parler d'hépatite suppurée, parmi les résidants Européens de cette localité, et je n'ai pas vu un seul abcès du foie, au cours de la visite que je fis en 1881, à l'hôpital indigène de Tunis. Mais M. Mascaro, médecin du bey, m'a dit avoir eu l'occasion de ponctionner un de ces abcès (Bertrand). (*Rapp. sur la campagne de la* Jeanne-d'Arc *dans le Levant, 1879-1881*. Collect. des manuscrits de la Bibliothèque de Brest). J'ajoute que MM. Barthélemy et Bernardy ont publié récemment trois observations de suppuration hépatique, prises à Tunis et fournies par les troupes françaises d'occupation (Arch. de méd. milit., août 1890).

(3) Tissot, loc. cit.

Tableau XXV. — Morbidité et mortalité par *hépatite aiguë*, dans l'armée des Etats-Unis, d'après le « Statistical Rep. on the sickness and mortality in the army of U. S. Washington, 1866.

Divisions militaires	SUBDIVISIONS	1839-54 inclus					1855-59 inclus				
		Effectif moyen	Hépatite aiguë				Effectif moyen	Hépatite aiguë			
			Entrées	Pour mille à l'effectif	Décès	Pour cent aux entrées		Entrées	Pour mille à l'effectif	Décès	Pour cent aux entrées
Division du Nord	Côte de la N^lle^ Angleterre.	3963,5	0	»	»	»	563,2	0	»	»	»
	New.YorkHarbour	9387,5	0	»	»	»	3469,7	0	»	»	»
	Région des Grands Lacs	10346	10	0,96	0	»	408	1	2,45	0	»
	Ouest des gr. Lacs.	7929,7	20	2,52	0	»	6663,7	10	1,50	0	»
Division du Centre	Région de l'Atlantique	6299,2	15	2,22	0	»	2113,7	12	5,67	0	»
	Région intérieure de l'Est.	2456	0	»	»	»	1548	0	»	»	»
	Casern. de Newport Kentucky. . . .	1454,5	3	2,06	0	»	1020,5	0	»	»	»
	Casernes de Jefferson et arsenal St-Louis.	5580,5	9	1,61	0	»	1380,7	0	»	»	»
	Région intérieure de l'Ouest. . . .	5319	35	6,56	0	»	4361,7	1	0,22	0	»
Division du Sud	Région de l'Atlantique	2797,7	3	1,07	0	»	600,5	4	6,66	0	»
	Région int^re^ de l'E.	5942,5	22	3,70	0	»	500,2	4	7,99	0	»
	— int^re^ de l'O.	10015	23	2,29	0	»	1680,2	3	1,78	0	»
Floride	Côte de l'Atlantique	834,7	1	1,18	0	»	1001,2	1	0,90	0	»
	Intérieur et côte du golfe de Floride .	2299,2	12	5,21	0	»	1639,5	1	0,60	0	»
Texas	Frontière du Sud.	4449,7	14	3,14	2	14.28	2760	3	1,08	0	»
	— du Nord.	6311,2	25	3,96	0	»	6809,5	22	3,23	0	»
Nouveau Mexique.		5873,2	9	1,53	1	11.11	7571,7	19	2,50	0	»
Californie	Méridionale . . .	1707	2	1,17	0	»	2130,2	3	1,40	0	»
	Septentrionale . .	1599,2	6	3,75	0	»	2253,7	0	»	»	»
Orégon et territ^re^ Washington		1831	2	1,09	0	»	6735,2	1	0,14	0	»
Utah.		?	?	...	..	...	?	?	....	»	..
Total		106336,3	201	1,89	3	1.49	54831,1	85	1,15	0	»

On voit, également, par ce tableau, que sa rareté diminue du N au S vers le Mexique et les états limitrophes du golfe de ce nom, c'est-à-dire vers la zone la plus rapprochée du Tropique, la plus chaude et, en général, la plus malsaine. C'est là, seulement, *(Nouveau Mexique et Texas)* que, de 1839 à 1854 inclus, elle a offert un caractère de gravité relative susceptible de se rapporter à l'hépatite purulente.

Mexique (1). — L'abcès du foie règne endémiquement et avec sévérité, dans les *Terres chaudes*, à l'E et à l'O, sur le littoral de l'Atlantique et le versant du Pacifique. Il évolue fréquemment avec la dysenterie dans les *terres tempérées* et se montre surtout redoutable dans la zone des hauts plateaux ou *Terres froides* (2).

D'après le Dr Mejia (3), il y a eu en dix ans, à Mexico, 1.985 décès par hépatite, sur un total de 88.416 décès, ou 2,26 décès par hépatite sur 100 décès de toute cause, mortalité inférieure à celle de la Cochinchine (2.77) mais remarquons-le, fournie par une race acclimatée, sédentaire, et soustraite à l'influence des circonstances de guerre qu'ont subies nos troupes en Extrême-Orient.

Centre Amérique. — La dysenterie et l'hépatite s'y rencontrent à peu près partout. « Nous pouvons assurer, écrit Guzman (4), que la ville de *San-Miguel* est une des localites où les engorgements inflammatoires du foie qui se terminent, parfois, par la formation d'un foyer purulent, sont les plus communs. »

Grandes-Antilles. — Tandis que ces deux affections occupent un rang important dans la pathologie de *Cuba*, d'*Haïti* et de la République *Dominicaine*, elles sont réputées, la dernière principalement, très faiblement endémiques à *Puerto-Rico* et à la *Jamaïque*.

Bien souvent, dans leurs écrits sur les maladies de l'Hindoustan, les médecins anglais ont opposé la fréquence et la gravité de l'hépatite qui sévit dans ce pays, à celles de l'hépatite qu'on rencontre aux *Indes occidentales*.

(1) Poncet. *Des maladies qui ont régné dans le corps expéditionnaire, etc.* Rec. de mém. de méd. milit., 1863. — Leroy de Méricourt, art. *Mexique* du Dre Encyclop. des Sc. méd.

(2) « La congestion et les abcès du foie sont l'apanage des altitudes ». Jourdanet. *Du Mexique*, Paris, 1861, p. 334.

(3) Congrès de Berlin, 1890.

(4) *Essai de topograph. physic. et méd. de la République de Salvador*. Th. Paris, 1869.

» Les relevés publiés par M. Annesley, montrèrent qu'en l'année 1825, 36 cas d'hépatite seulement furent admis dans les hôpitaux régimentaires de la Jamaïque, sur un effectif de 2.682 hommes; tandis que 89 cas furent admis dans l'hôpital régimentaire du seul 13e dragons, en garnison à Bangalore (Présidence de Madras), la même année, le régiment étant fort de 600 hommes.

A la Jamaïque, en 1824, sur un effectif de plus de cinq régiments, il y eut 72 entrées pour hépatite; à Bangalore, la même année, dans un seul régiment, il y en eut 118. » (1).

Encore n'est-il pas certain que ces hépatites de la Jamaïque aient été autre chose que des intumescences hépatiques d'origine paludéenne puisque, d'après l'ouvrage d'où nous tirons ces détails, elles suivirent des attaques de fièvre intermittent et rémittente, ce qui fait dire à l'auteur qu'elles « ne furent pas des cas d'hépatite idiopathique. »

Il ressort du tableau XXXIV que la situation sanitaire de la Jamaïque, par rapport à l'inflammation suppurative du foie, est, actuellement, la même que jadis, la statistique de Don ne lui imputant aucun décès pendant les trois années 1870, 1871, 1872.

Petites-Antilles. — *Possessions Anglaises* (La Trinidad, Tabago, la Barbade, Sainte-Lucie, la Dominique, Antigoa).

Elles sont, pour la plupart, des foyers avérés de dysenterie et d'abcès du foie; la salubrité des moins malsaines (La Barbade, Antigoa), est fort suspecte (2).

Possessions Françaises (Martinique, Guadeloupe, les Saintes, Marie-Galante, la Désirade, Saint-Barthélemy et une partie de Saint-Martin).

Nous ne nous occuperons que des deux premières.

Le tableau XXVI va nous renseigner sur la *Martinique*, quant aux caractères qu'y présente l'endémicité de l'hépatite.

On voit, par ce tableau, comparé au tableau XXI, que l'hépatite :

1° Est moins fréquente à la Martinique (1,55 0/0) qu'au Sénégal (2,27 0/0).

2° Donne, à la Martinique, un plus fort appoint à la mortalité générale (5.81 0/0 au lieu de 4,00).

(1) Méd. topography, etc. of Madras.

(2) Cette île (La Barbade) jouit d'une réputation de salubrité qui ne nous semble pas très justifiée; car les fièvres paludéennes y sont très communes et l'hépatite très fréquente. » (Vincent, loc. cit).

TABLEAU XXVI. — Morbidité et mortalité par *hépatite*, dans les hôpitaux de la Martinique, pendant la période décennale, 1866-75 (Chiffres des tableaux 1, 2, 3 et 4, de M. Bérenger-Féraud (1).

Hôpitaux	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE							
			Entrées	Rapport du total des entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Rapport des entrées pour hépatite	Pour cent aux entrées pour hépatite	Rapport du total des décès	Pour cent au total des décès
Fort de France	14.056	374	205	$\frac{1}{68,56}$	1.45	20	$\frac{1}{10,25}$	9.75	$\frac{1}{18,7}$	5.34
St-Pierre	5.682	176	102	$\frac{1}{57,70}$	1.79	12	$\frac{1}{8,5}$	11.76	$\frac{1}{14,66}$	6.81
Total. .	19.738	550	307	$\frac{1}{64,29}$	1.55	32	$\frac{1}{9,59}$	10.42	$\frac{1}{17,18}$	5.81

3° Semble plus grave à la Martinique (pour cent des décès aux entrées : 10,42 d'une part : 8,42 de l'autre); mais le taux de l'invalidation n'est pas connu.

De l'examen du même tableau, il ressort, encore, que l'hépatite est plus fréquente et plus meurtrière à *Saint-Pierre* qu'à *Fort-de-France.*

Le tableau XXVII montre les oscillations des divers facteurs de l'hépatite, à l'hôpital de Saint-Pierre, de 1830 à 1868.

Ainsi à l'hôpital de Saint-Pierre :

1° La fréquence de l'hépatite a diminué, sans interruption, de 1830 à 1868.

2° Sa gravité (représentée par le pour cent des décès aux entrées pour hépatite) a augmenté de 1830-46 à 1846-52; elle a décrû de 1846-52 à 1852-68, le rapport de cette dernière période restant, néanmoins, supérieur à celui de la première.

3° La part qu'elle a prise à la mortalité générale (pour cent des décès par hépatite au total des décès), s'est élevée de 1830-46 à 1846-52 et abaissée de 1846-52 à 1852-68, la mortalité accusée par cette dernière période étant moindre, toutefois, que celle de la première.

La raison de ces fluctuations n'est pas connue.

(1) *Traité des maladies des Européens aux Antilles.* Paris, 1881.

TABLEAU XXVII. — Morbidité et mortalité par *hépatite*, à l'hôpital de Saint-Pierre, de 1830 à 1868, par périodes. (Chiffres des tableaux 1 et 5 de la thèse d'Olmeta (1).

Périodes	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE Entrées	Pour cent au total	Décès	P^r cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès
1830-46	23.356	1.676	1.182	5.06	95	8.03	5.66
1846-52	7.936	617	239	3.23	70	29.28	11.34
1852-68	16.589	961	306	1.84	34	11.11	3.53

TABLEAU XXVIII. — Morbidité et mortalité comparées, par *hépatite*, à la Martinique et à la Guadeloupe, en 1850 et 1852 (Chiffres de Dutroulau. Op. cit.)

ANNÉES	ILES	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE Entrées	Pour cent au total	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès	REMARQUES
1850 (Salubrité moyenne) ..	Martinique..	4427	148	83	1.87	9	10.84	6.08	Les chiffres de la Martinique et de la Guadeloupe représentent les chiffres totalisés des deux hôpitaux de chaque île.
	Guadeloupe.	5005	85	18	0.35	3	16.66	3.52	
1852 (Fièvre jaune)......	Martinique..	5405	490	42	0.77	5	11.90	1.02	
	Guadeloupe.	3671	292	24	0.65	1	4.16	0.34	
Total.....	Martinique..	9832	638	125	1.27	14	11.2	2.19	
	Guadeloupe.	8676	377	42	0.48	4	9.52	1.06	

(1) *Contribut. à l'hist. de l'hépat. des pays chauds.* Th. Montp., 1868.

Le tableau XXVIII exprime la morbidité et la mortalité comparées, par hépatite, à la *Martinique* et à la *Guadeloupe*.

Il prouve qu'en 1850 et en 1852, cette maladie a présenté, à la Guadeloupe, son minimum de fréquence, son minimum de gravité et qu'elle y a influencé, moins qu'à la Martinique, la mortalité générale.

Enfin, le tableau XXIX établit une comparaison analogue entre les deux hôpitaux de la Guadeloupe.

TABLEAU XXIX. — Morbidité et mortalité comparées par *hépatite*, dans les hôpitaux de la Guadeloupe, en 1850 et 1852 (Chiffres de Dutroulau. Op. cit.).

ANNÉES	HOPITAUX	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE				
				Entrées	Pour cent au total	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès
1850	Basse-Terre ..	1707	55	9	0.52	0	»	»
	Pointe-à-Pitre.	3298	29	9	0.27	3	33.33	10.34
1852	Basse-Terre ..	1568	190	12	0.76	1	8.33	0.52
	Pointe-à-Pitre.	2103	292	12	0.57	0	»	»
Total	Basse-Terre ..	3275	245	21	0.64	1	4.76	0.40
	Pointe-à-Pitre.	5401	321	21	0.38	3	14.28	0.93

Il permet de constater que, pour les deux années ci-dessus, l'hépatite a été plus fréquente à la *Basse-Terre* qu'à la *Pointe-à-Pitre;* mais qu'elle s'y est montrée moins meurtrière.

Possessions Néerlandaises. — (St-Eustache, Iles sous le Vent, dont la plus importante est Curaçao, etc.).

Au dire du Dr Van Leent (1), l'hépatite suppurée serait fort rare à *Curaçao*. La dysenterie elle-même n'y serait pas endémique.

(1) Arch. de méd. nav., 1875, t. XXIV.

Autres îles de l'Atlantique. — La première de ces maladies semble se comporter aux *Bermudes*, comme à la Jamaïque. Le tableau XXXIV l'établit.

République de l'Équateur. — L'impaludisme, la dysenterie et l'hépatite dominent sur le littoral et dans les plaines (1). L'hépatite est très fréquente à *Guyaquil* (2).

États-Unis de Colombie. — La suppuration du foie y est très-commune et l'altitude ne lui oppose aucune barrière (Rey). Notons, toutefois, que, d'après Vincent (3), l'hépatite serait assez rare à *Colon-Aspinwall* et à l'isthme de *Panama*.

Venezuela. — La dysenterie et l'hépatite règnent sur les côtes et dans les savanes. Les plateaux, plus sains, ne sont pas complètement à l'abri de ces deux maladies (Rey).

Tableau XXX. — Morbidité et mortalité par *hépatite* à Demerara * en 1824 et 1825, d'après Annesley (grand ouvrage).

ANNÉES	RACES	EFFECTIF moyen	HÉPATITE				
			Entrées	Pour cent à l'effectif	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent à l'effectif
1824........	Blancs.......	683,5	12	1.75	0	0	0
	Noirs........	167,5	0	0	0	0	0
1825........	Blancs.......	984,7	12	1.21	3	25	0.30
	Noirs........	56,5	1	1.76	1	100	1 76
Total...	Blancs.... ..	1668,2	24	1 43	3	12.5	0.17
	Noirs........	224	1	0.44	1	100	0.44

(1) Rey. Art. *Géographie méd.* du nouv. dict. de méd. et de chirurg. pratiques.
(2) Leroy de Méricourt. Arch. méd. nav., 1864, t. II.
(3) Loc. cit.
* Synonyme de Georges-Town, capitale de la colonie.

Guyane anglaise. — Il est à présumer que, de nos jours, ce pays ne constitue pas un foyer d'endémicité bien actif, car, déjà, au temps d'Annesley, on n'y observait pas souvent cette variété de l'inflammation du foie, ainsi qu'on peut s'en convaincre par l'inspection du tableau XXX, dont les chiffres sont extraits du grand ouvrage de cet auteur.

Guyane Néerlandaise. — « Les affections du foie sont rares parmi les Européens et leurs métis.... Nous ne trouvons, notés chez différents auteurs, que des cas rares d'abcès du foie. » (1)

Guyane Française. — Le Dr Orgeas (2) nous paraît avoir parfaitement exposé l'historique et l'état actuel de l'hépatite suppurée, dans notre colonie pénitentiaire de l'Amérique du Sud.

« Les abcès du foie, si fréquents à la côte occidentale d'Afrique, sont, dit-il, rares à la Guyane chez les Européens libres. Ils ne sont pas plus fréquents chez les transportés, car nous n'avons relevé chez eux que 7 décès dus à cette cause. Nous avons, en outre, un décès par abcès du foie chez un Hindou, ce qui porte à 14 le nombre des décès par hépatite suppurée, sur un total de près de 4000 décès observés à Cayenne dans l'espace de trente ans.

La rareté des abcès du foie à la Guyane a été remarquée et souvent signalée dans les rapports des médecins qui ont servi dans cette colonie. Elle est notée aussi par ceux qui ont écrit sur la pathologie de ce pays. Le Dr Gourrier, directeur du service de santé de la marine, qui, en trois séjours différents, a passé plus de dix années à la Guyane, m'a dit n'y avoir observé, dans tout le cours de sa carrière, qu'un seul décès par abcès du foie, et encore peut-être cette maladie n'avait-elle pas été contractée à la Guyane, le sujet ayant habité d'autres colonies. Le Dr Gourrier a vu, au contraire, les officiers ayant contracté des maladies du foie au Sénégal, en être moins incommodés à la Guyane qu'en France. « Il est démontré pour moi, dit le Dr Laure (3), que l'hépatite est peu commune à la Guyane... En dehors des engorgements consécutifs (à la fièvre paludéenne) je n'ai pas observé une hépatite à bord des bâtiments, ni dans la garnison, à Cayenne. »

«.... Il est douteux qu'au siècle dernier, les cas d'hépatite suppurée furent plus fréquents qu'aujourd'hui, bien que Bajon et

(1) Van Leent. *La Guyane Néerlandaise.* Arch. méd. nav., 1880, t. XXXIV.

(2) *Etude sur la pathologie comparée des races humaines à la Guyane.* Th. Paris, 1886.

(3) *Considérations pratiq. sur les malad. de la Guyane.* Th. Paris, 1859, p. 48.

Campet parlent tous deux de la fréquence de cette affection. Bajon (1) n'en relate que deux observations. La première qui fut adressée, par lui, à l'Académie de chirurgie, en 1768, se rapporte à un Européen qui eut deux vomiques, à trois mois de distance ; la seconde vomique s'accompagna d'une évacuation de pus par l'intestin, qui dura un mois et demi. Le malade se rétablit, et mourut six ans après, on ne sait de quelle maladie. Dans la seconde observation, le pus vint se collecter à la partie supérieure et un peu interne de la cuisse droite. Le malade mourut trois jours après l'ouverture de l'abcès et l'autopsie démontra que le pus venait du foie. Après avoir rapporté, en détail, ces deux observations, Bajon ajoute qu'il a été « dans le cas de voir, à Cayenne, plusieurs de ces maladies dont l'amas de la matière purulente s'annonçait par des signes sensibles, et l'ouverture faite à propos, était suivie du succès le plus heureux. » Mais il ne dit pas le nombre de cas qu'il en a observés, pendant les douze ans qu'il a passés à Cayenne.

Quant à Campet (2), qui a vécu à la Guyane pendant dix-huit ans, il rapporte, en détail, dans son livre, sept observations qu'il donne pour des abcès du foie. Mais il n'y a, en réalité, que trois cas d'hépatite suppurée, dont un, même (obs. 5), est douteux. Son observation 2 est relative à un nègre qu'il opéra pour un abcès du foie ; mais « après avoir introduit la main dans l'incision, il ne trouva point d'abcès ; en revanche, le foie était tout cancéreux. » Le malade succomba huit jours après l'opération. Les observations n° 3 et n° 4 semblent se rapporter à des sujets atteints de simple congestion du foie; ils présentaient de l'ictère avec douleur à la région hépatique ; ils guérirent tous deux, *après quatre purgatifs pris tous les jours pairs*. Enfin, dans l'observation n° 7, le malade fut opéré et mourut, mais on ne trouva pas de pus. En examinant les choses de près, on voit que les abcès du foie, observés par Campet dans le cours de sa longue carrière à la Guyane, se réduisent à trois, dont un n'est même pas bien certain.

Les maladies du foie, et surtout les abcès, en dehors, bien entendu, de l'état d'engorgement qui se rattache à la cachexie paludéenne, sont donc rares à la Guyane, beaucoup plus rares qu'aux Antilles, et incomparablement plus rares qu'au Sénégal. »

Brésil. — Sigaud (3) parle de l'hépatite comme d'une maladie endémique au Brésil.

(1) Op. cit., t. II, p. 110.
(2) Op. cit., p. 204.
(3) *Du climat et des maladies du Brésil.* Paris, 1844.

Un auteur plus récent, Bourel Roncière (1) écrit que la dysenterie règne en permanence à *Rio*. qu'elle y revêt, de temps en temps, le type épidémique et s'y montre « très habituellement, associée à des complications du côté du foie. »

Uruguay. — Les endémies des pays chauds y seraient d'après Ferris (2) totalement inconnues. *Montévidéo* « peut être considéré comme un des points les plus salubres de l'Amérique méridionale. »

République Argentine. — « La diarrhée cholériforme et la dysenterie sont fréquentes, en été, parmi les nouveaux venus... Les maladies du foie, bien que rares, sont rapidement suivies de la suppuration de l'organe. C'est à *Buenos-Ayres* que nous avons constaté, pour la première fois, les avantages incontestables du procédé de Stromeyer-Little (Devoti). (3).

Chili. — Quoique la plus grande partie de son territoire soit étrangère à la zone intertropicale, le Chili, selon la remarque de Leroy de Méricourt (4), ressemble aux pays chauds proprement dits, par plus d'un trait pathologique. C'est ainsi qu'à *Valparaiso*, dont la température moyenne diffère peu de celle des pays tempérés, l'hépatite, primitive ou liée à la dysenterie, est, sinon fréquente, du moins très grave, en raison de sa tendance à finir par suppuration. « Les abcès du foie sont loin d'y être rares. Le chirurgien-major de la *Constantine* (5) a eu l'occasion d'en observer plusieurs cas qui se sont terminés par la mort, après avoir été ouverts par les caustiques. Il a été souvent appelé en consultation par des Européens atteints d'hépatite assez grave pour les forcer à chercher leur salut dans le retour au pays natal. Le principal danger de ces hépatites est qu'elles se développent sourdement, pour ainsi dire à l'insu des malades ; elles restent ainsi, pendant longtemps, à l'état latent et ne forcent les sujets à solliciter les secours de l'art que lorsqu'elles ont déjà atteint un degré plus avancé » (6).

(1) *La station navale du Brésil et de la Plata*. Arch. méd. nav., 1872, t XXVIII.

(2) *Montévidéo*. Arch. méd. nav. 1879, t. XXXII.

(3) *Considér. méd. sur le Rio de la Plata*. Th. Paris, 1885.

(4) Contribut. à la géograph. méd. Arch. de méd. nav., 1864, t II.

(5) M. Duplouy, directeur du service de santé de la marine à Rochefort.

(6) Leroy de Méricourt, loc. cit.

A conclure d'après les chiffres indiqués par Fournier (1) et Savatier (2), il nous semble que l'hépatite suppurative du Chili n'atteint même pas aux proportions d'une fréquence moyenne. A l'hôpital de la Charité (Valparaiso), il y a eu, en effet, d'après le premier de ces deux médecins, 10 entrées pour hépatite sur un total de 4.798 entrées (0,20 0/0), du 1er mai 1871 au 31 mars 1872 ; et, au rapport du second, 6 entrées pour hépatite sur 972 entrées totales (0,61 0/0), du 28 février 1877 au 1er mars 1878.

PÉROU. — Sur le littoral *(Costa)* « la dysenterie se complique souvent d'hépatite qui passe facilement à l'état de suppuration » (d'Ornellas) (3).

Les inflammations du foie sont communes au *Callao* (Fournier) et à *Payta*. Leur endémicité au Pérou est, d'ailleurs, prouvée par ce fait qu'en 1854, on a enregistré 38 décès par hépatite, à l'hôpital de *Lima* (Leroy de Méricourt).

IV. — OCÉANIE.

MALAISIE. — C'est la partie la plus peuplée, la plus riche et la plus malsaine.

Possessions Néerlandaises. — (Java, Sumatra, partie méridionale de Bornéo, Banda, Célèbes, Moluques, partie occidentale de la Nouvelle-Guinée, moitié de Timor, etc.).

A *Batavia* (Java), les Européens sont très éprouvés par la dysenterie et l'hépatite. Van Leent (4) insiste sur la marche sourde et insidieuse de la suppuration du foie, dans cette localité. «La formation d'un abcès est souvent déjà en train, avant que les symptômes soient assez clairs pour porter un diagnostic précis.»

A *Samarang* (Java), « quoique les abcès du foie soient devenus plus rares, cette issue dangereuse de l'inflammation hépatique ne s'observe encore que trop. » (Van Leent).

La dysenterie et l'hépatite sont un peu moins communes à *Sumatra* qu'à Java (V. L.). Il en est de même à *Bornéo* (V. L.) ; mais

(1) *Station nav. de l'Oc. Pacifique.* (Campagne de la Flore, 1870-72). Arch. méd. nav. 1874, t. XXII.

(2) *Station nav. de l'Oc. Pacifique,* Ibid. 1880, t. XXXIII.

(3) Art. *Pérou* du Dict. Encyclopédique.

(4) *Possessions Néerlandaises des Indes-Orientales.* Arch. méd. nav., 1864, t. X et suivants.

il faut croire que les abcès du foie y sont fréquents, néanmoins, puisque Sollaud (1) écrit que, dans cette île, « l'hépatite survient souvent comme complication de la dysenterie, qu'elle est plus rarement primitive et se termine presque toujours par suppuration. »

Cette affection est beaucoup plus rare aux *Célèbes* (Makassav excepté), à *Amboine* (Moluques) et aux îles *Banda*.

Possessions Espagnoles (Philippines). L'hépatite suppurative existe à *Manille*. « Ses ravages, presque nuls chez les indigènes, s'exercent avec peu d'intensité chez les Européens, soit par suite d'une action spéciale du climat, soit, mieux encore, par suite de la sobriété bien connue des Espagnols » (Sollaud).

Peu importantes et inconnues sous le rapport médical, les Possessions *Portugaises* (partie méridionale de Timor) et *Anglaises* (île de Labouan et sultanat de Brook, dans la partie nord de Bornéo) ne nous arrêteront pas.

AUSTRALIE. — Les rares documents médicaux que nous avons pu consulter (2) ne mentionnent point l'hépatite, parmi les maladies que l'on observe dans les grandes villes maritimes de cet immense continent.

POLYNÉSIE — Nous n'y considérerons que les Possessions *Françaises* et, seulement, parmi celles-ci, la Nouvelle-Calédonie et Tahiti.

NOUVELLE-CALÉDONIE. — Les premières relations des médecins de la marine sur la pathologie de ce pays, ont conduit Dutroulau et Leroy de Méricourt à voir, dans la dysenterie qu'on y observe, une maladie bénigne, facilement curable, et, presque absolument, exempte de complication hépatique.

Les chiffres donnés par Dutroulau, dans la dernière édition de son *Traité des maladies des pays chauds* (1868), auraient pu modifier les idées de cet auteur sur l'extrême rareté de l'hépatite, et, notamment, son peu de gravité à la Nouvelle-Calédonie, si, leur accordant plus d'attention, il les avait groupés en un tableau analogue au tableau XXXI, pour en tirer les rapports nécessaires et les comparer à ceux de statistiques concernant d'autres colonies et dressées conformément au même type.

(1) Loc. cit.

(2) Bourse. *Campagne de l'Atalante dans l'Oc. Pacifique.* Arch. méd. nav., 1876, t. XXV.

Tableau XXXI. — Morbidité et mortalité par *hépatite* à l'hôpital de Nouméa, du 1er juillet 1860 au 31 décembre 1865. (Chiffres de Dutroulau).

Effectif moyen des Européens	Total des entrées	HÉPATITE Entrées	Pour cent à l'effectif	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées p' hépatite	Pour cent à l'effectif	REMARQUES
1300	2691	11	0.84	0.40	6	54.54	0.46	Le pour cent des décès par hépatite à l'*effectif* est 0,12 en Cochinchine et 0,32 au Sénégal.

Il aurait vu par là, qu'à l'époque qu'il considérait, l'hépatite, sans être très-commune en Nouvelle-Calédonie, s'y présentait avec les caractères d'une maladie redoutable.

Aussi n'y a-t-il pas lieu d'être surpris, si, quelques années plus tard, ce prétendu privilège de la Nouvelle-Calédonie n'est pas admis sans restriction. « Jusqu'ici, dit Kermorgant (1), l'hépatite est loin d'être fréquente à la Nouvelle-Calédonie ; on peut même dire justement que le climat jouit à cet égard d'une assez grande immunité... La dysenterie ne présente pas cette complication, contrairement à ce qui s'observe dans presque tous les pays chauds; mais il ne faudrait pas croire pourtant que l'hépatite n'existe pas, ni surtout que les hommes atteints antérieurement de cette affection puissent impunément séjourner en Nouvelle-Calédonie. C'est là une erreur qu'il importe de détruire et qui, accréditée jusqu'ici, a occasionné de nombreux décès. »

En 1873, la réaction est complète : non seulement, l'hépatite se rencontre en Nouvelle-Calédonie; mais encore, elle y est fréquente et meurtrière. « L'inflammation du foie, écrit Delas (2), endémique

(1) *Considér. sur l'hygiène en Nouvelle-Calédonie et plus particulièrement à Nouméa, en 1868 et au commencement de 1869.* Th. Montp., 1871.

(2) *Q. considér. sur la Nouvelle-Calédonie et ses maladies.* Th. Montp., 1873.

dans la plupart des pays tropicaux, passait pour être assez rare à la Nouvelle-Calédonie ; mais un relevé un peu attentif des décès produits par cette maladie prouve qu'elle y est également endémique et que, de plus, sa tendance à la suppuration y est plus grande que partout ailleurs. On peut, même, dire que ce mode de terminaison est ici la règle, les autres constituant les exceptions. »

Tableau XXXII. — Mortalité par *abcès du foie*, à Nouméa, de 1860 à 1871.

PAR PÉRIODES		PAR ANNÉES			
Périodes	Décès par abcès du foie	Années	Décès par abcès du foie	Années	Décès par abcès du foie
1860-64	4	1860	1	1866	3
1865-69	11	1861	1	1867	3
1870-71	8	1862	0	1868	1
Total...	23	1863	1	1869	2
		64	1	1870	4
		1865	2	1871	4
		Total....	23		

Suivent deux statistiques à chiffres *absolus*, que nous réunissons en un seul tableau (XXXII), et à propos desquelles, d'après l'auteur, « il n'est pas inutile de faire les observations suivantes :

1° Nous n'avons relevé, dans ce tableau, que les mortalités bien et dûment inscrites dans les registres de l'hôpital, au titre : *Abcès du foie*, écartant celles qui y étaient portées au titre *Hépatite* seulement. Or, combien d'abcès ont dû passer inaperçus, l'usage étant de n'inscrire comme abcès du foie que ceux que l'autopsie a révélés. Combien d'autopsies qui n'ont pas été faites et qui auraient probablement révélé des abcès, vu la tendance si grande de la maladie à ce mode de terminaison.

2° En second lieu, ce relevé porte sur une moyenne annuelle de malades assez restreinte et qui, dans la dernière période de 1865 à 1871, où il y a eu 19 décès suite d'hépatite, ne s'élevait pas au-dessus de 30 malades.

Ce fait se comprend aisément si l'on fait attention à l'exiguité de la population civile et militaire de Nouméa. La population du bagne n'entre pour rien dans ce relevé statistique. N'ayant pas été appelé à suivre le service de l'hôpital de l'île *Nou*, destiné spécialement aux transportés, je n'ai pu être renseigné sur le nombre des décès par suite d'abcès du foie qui ont pu s'y présenter, mais je tiens de mes collègues qui ont dirigé ce service, que ce nombre est généralement assez élevé.

Notre conclusion est donc celle-ci : l'hépatite et, particulièrement, l'hépatite suppurée, est endémique à la Nouvelle-Calédonie, et sa fréquence, en même temps que sa gravité, y sont d'autant plus grandes que la fièvre intermittente et la dysenterie y sont rares. »

Nous regrettons que le D[r] Delas ne nous ait pas indiqué le total des entrées et des décès à l'hôpital de Nouméa, ou le chiffre des effectifs, mais les renseignements que nous trouvons dans la thèse du D[r] Arène (1) peuvent combler cette lacune.

« En consultant les rapports des chefs du service de santé et les tableaux statistiques depuis 1860, nous constatons que l'hépatite, assez rare au début de l'occupation, devient de plus en plus fréquente. Certes, de nombreux cas sont dus à des atteintes antérieures dans d'autres contrées insalubres, mais il faut reconnaître que beaucoup d'entre eux, surtout dans ces dernières années, se sont développés dans la colonie... De 1869 à 1882, sur 160 entrants de toute catégorie pour hépatite, il y a eu 41 décès, soit 29 °/₀ des cas traités, et 5 °/₀ de la mortalité générale, qui a été de 826 pour ces 14 années. Nous trouvons 16 décès pour les troupes, 12 pour les divers services publics, soit 10,4 °/₀ de leur mortalité générale ; 11 pour les lits payants et les indigents, ou 5,4 °/₀ de leur mortalité générale ; 4 seulement chez les Canaques, soit un peu plus de 1 °/₀ de leur mortalité générale. De 1865 à 1882, les transportés ont fourni 43 décès pour hépatite, soit 4 °/₀ de leur mortalité générale. »

Or, le rapport pour cent des décès par hépatite au total des décès, a été 2,77 en Cochinchine, de 1863 à 1870, et 4,40 au Sénégal pour la période 1853-72, le déchet total imputable à cette affection étant représenté par 33,07 dans la dernière colonie (29 °/₀ du fait de la *seule* mortalité en Nouvelle-Calédonie).

Ajoutons que, dans le premier trimestre de 1888, le D[r] Forné, médecin en chef de la marine (2), a relevé, à l'hôpital de Nouméa,

(1) *Q. obs. méd. chirurgicales rec. à la Nouvelle-Calédonie*. Th. Bordeaux, 1885.
(2) *Clinique de l'hôp. milit. de Nouméa*. Arch. de méd. nav., 1888, t. L.

4 cas d'abcès du foie, dont un, consécutif à une fièvre typhoïde, donna cinq litres de pus à l'autopsie (1).

En dernière analyse, l'hépatite suppurative est endémique en Nouvelle-Calédonie; elle y paraît fréquente et l'on doit l'y considérer comme très grave.

Tahiti. — Congestions hépatiques à part, la maladie qui nous occupe se montre rarement à Tahiti (2). Mais il arrive qu'on l'y observe sous l'influence de la dysenterie endémique ou endémo-épidémique. C'est dans ces conditions que quatre cas d'abcès *au total* ont été enregistrés par Gallerand (3) et par Prat (4).

V. — Europe.

S'il suffisait qu'une affection apparût, de temps en temps, dans une localité, pour que l'on pût, à bon droit, l'y regarder comme endémique, nous devrions écrire que l'hépatite est l'un des facteurs normaux de la morbidité et de la mortalité, en Angleterre, en Allemagne et en France; car, nombre d'abcès hépatiques y ont été observés chez des gens qui n'avaient pas séjourné aux colonies, n'avaient même jamais quitté leur pays natal et n'étaient pas sous le coup de la pyohémie *chirurgicale* (5).

(1) Ce chapitre était écrit quand les *Archives de médecine navale* ont publié un travail de M. Legrand, intitulé : *Hépatite suppurative et abcès du foie en Nouvelle-Calédonie* (Nov. 1891). Nous trouvons dans ce mémoire, avec une pathogénie *qui nous appartient*, un tableau synoptique de 133 abcès du foie observés dans cette colonie, de 1869 à 1890, et nous voyons que, pendant la période considérée par M. Arène (1869-82), on a relevé 58 cas d'hépatite suppurative (dont 37 à l'hôpital militaire et 21 dans les hôpitaux du bagne), ayant donné lieu à 52 décès (mortalité : 96,29 0/0).

(2) Leroy de Méricourt, *loc. cit.* — Hercouët. *Etudes sur les maladies des Européens aux îles Tahiti*. Th. Paris, 1880.— Kergrohen. *Etude sur la pathologie de Tahiti*. Th. Bordeaux, 1887.

(3) Rapport manuscrit. 1847-48-49 (1 cas).

(4) Rapp. manuscrit. 1853-55 (3 cas) et *topographie méd. de Tahiti*. Toulon, 1869.

(5) La question de l'hépatite *nostras* sera traitée ultérieurement.

Le Dr Arnaud qui, déjà en 1887, avait écrit sur l'hépatite supp. de *nos climats*, une brochure que nous n'avons pu nous procurer, est revenu, sur ce sujet, au Congrès de Marseille (sept. 1891) à propos de 4 nouveaux cas d'abcès du foie développés dans cette ville. Il en a conclu que l'inflammation suppurative du foie est endémique à Marseille où les agents infectieux de la dysenterie et, peut-être même, *les germes propres de l'hépatite* ont été importés d'Algérie.

La première partie de cette proposition peut être discutée, admise même, vu la fréquence *relative* des cas d'abcès relevés par cet auteur et par d'autres médecins marseillais, mais la seconde est une hypothèse singulière et *inutile*, car la dysenterie et la fièvre typhoïde sont, dans les observations de M. Arnaud, des conditions étiologiques plausibles et suffisantes.

Mais l'endémicité d'une maladie relèverait, d'après nous, d'un autre critérium qui serait, sinon sa permanence, du moins la périodicité de ses manifestations en un lieu déterminé.

Quels sont, sous ces réserves, les points de l'Europe où l'hépatite purulente peut être tenue pour endémique ?

Cette assertion de Mahé (1) qu'en *Turquie* « les abcès du foie ne sont pas rares, notamment à *Constantinople* », est confirmée par les relations de Riegler (2) et de Marroin (3). Nous pouvons ajouter que cette affection n'a pas épargné nos troupes, pendant la guerre de Crimée, puisqu'au rapport du Dr D. Arnaud (4) chirurgien de 1re classe de la marine, l'hôpital maritime de *Thérapia* a reçu, du 1er décembre 1853 au 1er août 1856, sur un total de 2.217 entrées ayant déterminé 359 décès, 16 hépatites (0,72 0/0 au total des entrées) qui ont donné lieu à 10 décès (62,5 0/0 aux entrées pour hépatite, et 2,78 0/0 au total des décès).

Tableau XXXIII. — Mortalité par *abcès du foie* dans l'armée française d'occup. de Rome, de 1849 à 1853, d'après F. Jacquot.

Années	Effectif	Total des décès	Abcès du foie		
			Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent au total des décès
1849	?	440	3	»	0.68
1850	8500	112	5	0.05	4.46
1851	8400	63	0	»	»
1852	8200	78	0	»	»
1853	7000	111	2	0.02	1.8
Total..		804	10		1.24

(1) Op. cit.

(2) *Uber leberabscesse*, etc. Wien. méd. Wochenschr. 1856, cité par Rendu, art. *foie* du Dict. Encyclop.

(3) *Note sur la constit. méd. de Constantinople pendant l'automne de 1867.* Arch. méd. nav., 1868, t. X.

(4) *L'hôp. maritime de Thérapia pendant la guerre d'Orient.* Paris, 1859.

La plupart des traités de géographie médicale signalent l'inflammation suppurative du foie en *Italie* continentale, en *Sicile* et en *Sardaigne*. Le fait parait exact, et, quoique ne connaissant pas assez la littérature médicale de ces pays pour savoir le nombre et la valeur des travaux que lui doit la pathologie contemporaine, nous croyons devoir le tenir pour tel, en présence des indications du tableau XXXIII qui exprime, d'après F. Jacquot (1), la mortalité par hépatite, dans l'armée française d'occupation de Rome, de 1849 à 1853.

La dysenterie régnait, il est vrai, à l'état épidémique parmi nos troupes. Or, il ne faudrait pas oublier que cette condition est de nature à faire naître des abcès du foie, en des pays où l'hépatite suppurative n'est pourtant pas endémique.

La dysenterie et ses complications hépatiques ne présentent plus à *Gibraltar* leur fréquence de jadis (2). Cependant, le tableau XXXIV accuse, pour l'hépatite de cette localité, un chiffre d'invalidation élevé, relativement à l'effectif et aux entrées correspondantes.

Le même tableau et le suivant, établissent que les abcès du foie ne cessent pas d'exister à *Malte* et que la mortalité qu'ils y entraînent est assez forte.

Mais, peut-être, n'est-il pas inutile de faire remarquer à ce propos que les troupes parmi lesquelles cette pathologie est observée sont des troupes anglaises et il importerait de savoir si les soldats qui ont fourni ces cas d'abcès du foie n'avaient pas fait un séjour antérieur dans les régions inter-tropicales (Inde ou autres colonies) et n'y avaient pas subi une ou plusieurs attaques, soit de dysenterie, soit de congestion hépatique.

L'hépatite purulente passe encore pour endémique en *Morée*, aux *Iles Ioniennes* et en *Portugal*.

« On n'a pas de renseignements sur les provinces voisines du Danube : *Bulgarie*, *Serbie*, *Roumanie*, où il est probable que l'hépatite suppurée n'est cependant pas inconnue. » (Mahé).

Ainsi, l'endémicité de l'hépatite suppurative paraît restreinte en Europe ; et, même, dans quelques-unes des localités où elle a été admise, elle pourrait être contestée.

(1) *Lettres d'Italie* (hist. méd. de l'armée d'occup. de Rome). Gaz. méd. de Paris, 1850-54, et *Etude nouvelle de l'endémo-épidémie annuelle des pays chauds*. Ann. d'hyg. publique. Janv. 1858.

(2) Parkes. *A manual of practical hygiene*. Lond. 1873.

Tableau XXXIV. — Morbidité, mortalité et invalidation par *Hépatite*, parmi les troupes Européennes des garnisons anglaises, à l'étranger, d'après les chiffres du Dr Don. — (Fayrer, loc. cit.)

GARNISONS	Années	Effectif	HÉPATITE												
			Entrées	Pour cent à l'effectif	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Congés	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Total des décès et des congés	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Abcès signalés
Chine	1870	516	15	2.74	0	»	»	1	0.18	6 66	1	0 18	6.66	
	1871	516	8	1 55	0	»	»	0	»	»	»	»	»	
	1872	789	15	1.90	1	0 12	6.66	0	»	»	1	0.12	6.66	
	Total.	1.851	38	2.05	1	0.05	2.63	1	0.05	2.63	2	0.10	5.26	1
Japon	1870	624	15	2.40	1	0.16	6.66	1	0.16	6.66	2	0.32	13.33	
	1871	395	6	1 51	1	0.25	16.66	0	»	»	1	0 25	16.66	
	Total.	1 019	21	2 06	2	0.19	9.52	1	0.16	6.66	3	0.29	14.28	
Détroit de Malacca (Straits)	1870	571	31	5.95	1	0.17	2.94	0	»	»	1	0.17	2 94	
	1871	571	21	3.67	0	»	»	5	0 87	23.80	5	0.87	23 80	
	1872	708	26	3.67	0	»	»	0	»	»	»	»	»	
	Total.	1.850	81	4.43	1	0.05	1.23	5	0.27	6.17	6	0.32	7.40	1
Ceylan	1870	906	37	4.08	5	0.55	13.51	10	1.10	27 02	15	1.65	40.54	
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

Cap et Sainte-Hélène	1871	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
	1872	2 484	23	0.92	1	4.34	4.31	3	0.12	13.04	4	0.16	17.39	
	Total	7.398	113	1.52	5	4.42	4.42	25	0.33	22.12	30	0.40	26.51	
Indes Occidentales	1870	1.432	2	0 13	0	»	»	0	»	»	»	»	»	
	1871	966	12	1.21	0	»	»	0	»	»	»	»	»	
	1872	1.112	2	0.17	0	»	»	2	0.17	100	2	0.17	100	
	Total.	3.510	16	0 45	0	»	»	2	0.05	12.5	2	0 05	12.5	1
Bermudes	1870	1.908	8	0 41	0	»	»	1	0.05	12.5	1	0.05	12.5	
	1871	1.733	6	0.34	0	»	»	2	0.11	33.33	2	0.11	33.33	
	1872	1.770	5	0.28	0	»	»	0	»	»	»	»	»	
	Total.	5 411	19	0.35	0	»	»	3	0 05	15.78	3	0.05	15.78	
Gibraltar	1870	4.397	17	0.38	0	»	»	4	0.09	23.52	4	0.09	23.52	
	1871	4.428	16	0.36	0	»	»	6	0.13	37.5	6	0.13	37.5	
	1872	4.066	9	0.22	0	»	»	4	0.09	44.44	4	0.09	44.44	
	Total.	12 891	42	0.32	0	»	»	14	0.10	33.33	14	0.10	33.33	
Malte	1870	4.799	26	0.54	5	0.10	19.23	6	0.12	23.07	11	0.22	42.30	
	1871	4.997	26	0.52	2	0.04	7.69	7	0.14	26.92	9	0.18	34.61	
	1872	4.855	27	0.55	0	»	»	4	0.08	14.80	4	0.08	14.80	
	Total.	14.651	79	0.53	7	0.04	8.86	17	0.11	21.51	24	0.16	30.37	2

* Nous avons supprimé les statistiques de l'Hindoustan ; (elles figurent au tableau Ier) et retranché les années pour lesquelles l'effectif n'est pas indiqué.

TABLEAU XXXV. — Morbidité et mortalité par *Hépatite aiguë et chronique*, dans les stations de la marine anglaise, de 1861 à 1868 inclus. (Health of the navy).

Années	STATIONS	HÉPATITE						REMARQUES
		Nombre de cas	Pour mille à l'effectif	Décès	Pour mille à l'effectif	Congés	Pour mille à l'effectif	
1861	Home station	33	1·4	1	?	9	0.4	
	Méditerranée	32	1.9	3	0.2	6	0.4	
	Nord Amérique	19	4	0	»	6	1.3	
	Brésil	12	10.7	1	0.9	2	1.8	
	Pacifique	20	7.5	0	»	2	0.8	
	Côte occid. d'Afrique	7	3.4	2	0.1	0	»	
	Cap	18	9.6	1	0.5	3	1.6	
	Indes-Orient. et Chine	44	7.5	7	1.2	23	3.9	6 abcès du foie signalés.
	Australie	5	5.3	1	1.1	0	»	
1862	Home station	30	1.4	4	0.1	4	0.1	
	Méditerranée	19	1.9	2	0.2	4	0.4	
	Nord Amér. et Indes-Occ.	23	3.2	2	0.1	3	0.2	
	Brésil	8	5.6	0	»	3	2.1	
	Pacifique	23	8.3	1	0.3	5	1.8	1 abcès du foie à bord de la *Topaze*.
	Côte occid. d'Afrique	5	2.2	1	0.4	0	»	1 abcès.
	Cap	4	3.3	0	»	3	2.5	
	Indes-Orient. et Chine	38	10.5	1	0.2	7	1.9	1 abcès.
	Australie	3	3.1	0	»	0	»	
1863	Home station	33	1.5	0	»	?	2	
	Méditerranée	16	1.8	?	2	?	7	
	Nord Amér. et Indes-Occ.	21	2.9	0	»	?	7	
	Côtes S.-E. d'Amérique	4	2.9	0	»	1	7	Remplace la station du Brésil.
	Pacifique	26	8	2	6	?	2.1	2 abcès (l'un des deux malades avait souffert du foie en Chine).
	Côte occid. d'Afrique	11	5.6	0	»	0	»	
	Cap	0	»	0	»	0	»	
	Indes-Orient. et Chine	32	6.7	2	0.3	14	2.6	
	Australie	1	1.7	0	»	1	1.7	
1864	Home station	31	1.5	3	0.1	8	0.4	
	Méditerranée	3	3	0	»	0	»	
	Nord Amér. et Indes-Occ.	16	2.6	2	0.3	0	»	
	Côte S.-E. d'Amérique	1	0.7	0	»	0	»	
	Pacifique	40	16.5	0	»	1	0.4	
	Côte occid. d'Afrique	11	6.8	3	1.8	6	3.7	2 abcès certains (autopsie); 1 probable.
	Cap	14	5.3	1	0.3	4	1.5	
	Chine	16	3.2	2	0.3	6	1.1	2 abcès.
	Australie	8	6.8	0	»	0	»	

TABLEAU XXXV (suite).

Années	STATIONS	HÉPATITE Nombre de cas	Pour mille à l'effectif	Décès	Pour mille à l'effectif	Congés	Pour mille à l'effectif	REMARQUES
1865	Home station	42	0.2	1	?	2	?	
	Méditerranée	4	0.5	3	0.4	2	0.2	
	Nord Amérique	21	0.4	0	»	6	?	
	Côte S-E. d'Amérique	1	0.9	0	»	1	0.9	
	Pacifique	12	4.5	1	0.3	1	0.3	
	Côte occid. d'Afrique	13	7.6	0	»	6	3.5	
	Cap et Indes-Orientales	23	12.7	0	»	5	2.7	
	Chine	33	7	3	0.5	10	1.9	2 abcès.
	Australie	3	2.6	0	»	1	0.8	
1866	Home station	34	1.6	6	0.2	4	0.1	
	Méditerranée	9	1.6	0	»	5	0.9	
	Nord Amérique	6	1.1	0	»	2	0.3	
	Côte S.-E. d'Amérique	5	4.1	0	»	1	0.8	
	Pacifique	12	5	0	»	2	0.8	
	Côte occid. d'Afrique	6	3.5	0	»	1	0.5	
	Cap et Indes-Orientales	18	9.7	0	»	5	2.7	
	Chine	30	8.4	3	0.7	13	3.1	
	Australie	5	4.6	1	0.9	0	»	
1867	Home station	30	1.3	4	0.1	2	0.05	
	Méditerranée	16	3.3	1	0.2	2	0.4	1 abcès.
	Nord Amérique, etc.	13	2.5	0	»	4	0 7	
	Côte S.-E. d'Amérique	2	1.7	0	»	1	0 8	
	Pacifique	13	4.5	0	»	1	0.3	
	Côte occid. d'Afrique	11	6.3	0	»	3	1.6	
	Cap et Indes-Orientales	16	7.4	0	»	6	2.7	
	Chine	28	8.7	3	0.8	9	2.4	
	Australie	2	2.1	0	»	0	»	
1868	Home station	48	2	1	0.04	0	»	
	Méditerranée	12	2.9	0	»	0	»	
	Nord Amérique	8	1.8	0	»	2	0 4	
	Côte S -E. d'Amérique	1	0.9	0	»	0	»	
	Pacifique	8	2.9	0	»	3	1.1	
	Côte occid. d'Afrique	11	6.3	0	»	5	2.7	
	Cap et Indes-Orientales	37	11.9	6	1.9	13	4.1	6 abcès ; l'escadre détachée dans la mer Rouge à propos de la guerre d'Abyssinie.
	Chine	25	6.6	0	»	10	2.2	
	Australie	3	2.4	0	»	0	»	

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

§ I

Il est inutile de s'étendre longuement sur *l'historique de l'anatomie* des abcès du foie avant la période moderne et presque contemporaine. Deux citations suffiront à montrer le chemin parcouru depuis les temps les plus reculés jusqu'à l'époque brillante de l'École anatomo-pathologique. C'est d'abord Hippocrate que nous tenons à citer parce que le passage où il traite de l'ouverture des abcès du foie prouve qu'il distinguait fort bien certaines variétés anatomiques d'hépatite suppurée.

« Quand on ouvre, dit-il (1), un abcès du foie par cautérisation » ou incision, si *le pus coule pur et blanc*, les malades réchappent, » car en ce cas le pus est *renfermé dans une poche ;* mais s'il est » semblable à du marc d'huile, ils succombent. » Et en effet il existe des abcès enkystés *à pus blanc* d'un pronostic beaucoup plus favorable que les abcès boueux, chocolat, lie de vin ou *marc d'huile,* lesquels ne sont pas limités par une membrane fibreuse.

Une affirmation d'Andral (2) (1829), mérite d'être mise en regard de celle d'Hippocrate : « Le pus du foie est blanc...... » Quand on lui a attribué une couleur lie de vin, c'est sans » doute parce qu'on l'a confondu avec de la matière encéphaloïde. »

Ainsi tant de siècles écoulés ont abouti purement et simplement à faire oublier par les maîtres de la science moderne les faits si nettement vus et décrits par le Père de la médecine !

(1) Aphorismes, sect. VII, § 45. — Trad. Littré, tome IV, p. 591.
(2) Andral. — Précis d'anat. path., 1829, tome II, p. 600.

Dans la première moitié de ce siècle l'ignorance était générale au sujet des lésions de l'hépatite suppurative, et les ouvrages classiques en parlent fort mal. C'est en dehors des grands centres scientifiques, que deux groupes de praticiens-écrivains ont commencé cette étude anatomique, presque achevée à l'heure actuelle par les histologistes contemporains. L'un de ces groupes est formé par les médecins français d'Algérie, presque tous militaires, et quelques médecins de la marine ; l'autre par les médecins anglais de l'Inde.

Cambay, Haspel et Catteloup, dont les trois noms doivent être rapprochés dans cet historique, publient de 1840 à 1860, dans divers mémoires ou traités, de nombreuses autopsies d'abcès du foie, et l'on peut dire que les aspects macroscopiques y sont très complètement exposés. La description de *l'infiltration purulente* faite par Haspel et Catteloup est un premier aperçu des lésions que les contemporains décriront comme la liquéfaction de territoires nécrosés.

Rouis (1860) étudie ces altérations de plus près, et décrit avec précision l'évolution de nodosités friables jusqu'à la suppuration, de même que la cicatrisation des abcès.

A côté de médecins militaires un grand nombre de médecins de la marine publient des observations ou des relations partielles plus ou moins importantes au point de vue anatomique. Nous citerons particulièrement Julien (1864), Foiret (1870), et Dutroulau (1868) qui, dans son *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, clot la période macroscopique par une description que l'on a un moment regardée comme parfaite.

Pendant ce temps les Anglais avaient trouvé en Chine et dans l'Inde un vaste champ d'études. Pour ne pas refaire ici l'historique général, nous ne citerons que les principaux auteurs au point de vue anatomique : *Fayrer*, qui décrit fort bien les foyers nécrosiques en les regardant comme des terrains de *mort locale*, des *furoncles tropicaux ; Macnamara*, qui défend les mêmes idées ; *Allan-well*, qui expose le *froncement des abcès* marchant vers la cicatrisation, et *Morehead* qui parle des *cicatrices étoilées* que *Mérat* avait appelées *dépressions stellaires*. Tous ces détails, en s'ajoutant à ceux fournis par les médecins d'Algérie, forment un tableau complet des aspects macroscopiques si variés de l'hépatite suppurée.

Quant à l'anatomie micrographique, quoique quelques écrivains anglais en fassent de temps en temps mention, elle est à peu

près complètement l'ouvrage des auteurs français. Laveran (1), le premier, dans les arch. de physiologie, consacre à cette question un mémoire important, où le microscope lui permet d'étudier très longuement les *abcès enkystés* dont Kelsch et Kiener (2) donnent sous le nom *d'abcès fibreux* une description et une interprétation bien personnelles. Dans un remarquable article, ces auteurs, étudiant divers types d'abcès, arrivent à cette conclusion excellente que, quelle que soit la forme du processus suppuratif, il y a toujours comme point de départ une nécrose parenchymateuse.

L'article de Rendu (Dict. encycl.), les paragraphes de Cornil et Ranvier, ceux de Corre et de Kelsch et Kiener dans leurs traités spéciaux, développent et complètent les données acquises. A cela il faut ajouter les essais de pathologie expérimentale de Koster (3), de Huttenbrenner (4), de Winiwarter (5), nos propres expériences (6), et enfin quelques travaux tout à fait contemporains, un article que nous avons écrit pour la thèse d'Oromi (7), des notes de l'un de nous (8) à l'Académie de médecine sur la bactériologie des abcès du foie, quelques autres articles de journaux sur la même question, les récentes communications de MM. Arnaud et d'Astros (9) au Congrès de Marseille, et les nôtres à la Société de chirurgie (10).

(1) Laveran. — Contribution à l'anat. path. des abcès du foie. — Arch. de phys., 1879.

(2) Kelsch et Kiener. — Étude anat. path. des abcès dysentériques du foie. — Arch. de physiologie, 1884.

(3) Koster.

(4) Huttenbrenner. — Ueber die Gewelsveränderungen in der entzündeten Leber. In arch. für microsc. anat. s. 367, 1869.

(5) Winiwarter. — Zur path. anat. der Leber in Wien med Jharb. 1872. p. 226.

(6) Bertrand. — Origine et nature microbiennes non spécifiques de l'hépatite suppurée. — Gaz. hebd. 4 oct. 1890.

(7) Oromi. — Réflexions sur un cas d'hépatite suppurée, Th. Montpellier, 1889.

(8) Bertrand. — Abcès du foie. — Staphylocoques dans le pus, etc,... Acad. méd., mars 1889.

(9) Arnaud et d'Astros.—Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences. — Marseille, sept. 1891.

(10) Fontan. — Soc. de chirurgie, 23 déc. 1892 et 27 juillet 1893.

L'anatomie pathologique des abcès du foie doit être établie en tenant compte de tous les faits recueillis. Or, les lésions anatomiques de cette affection se présentent avec une grande variété d'aspect qui rend la tâche difficile ; mais un esprit clairvoyant ne tarde pas à apercevoir les points de contact et comme de passage entre tant de formes dissemblables. On serait par suite tenté de négliger bien des détails, et de n'accorder une réelle importance qu'aux altérations typiques.

Cependant, toute tentative de synthèse serait prématurée, et ne mériterait aucune confiance si elle n'était précédée de l'exposé intégral des diverses lésions que l'on rencontre dans les autopsies. Nous croyons donc devoir, avant tout, décrire ces aspects isolément, comme autant de formes d'abcès et même comme autant d'espèces indépendantes. Nous nous réservons de les grouper ensuite en une série ordonnée, et de rechercher alors si tous ces différents spécimens correspondent à des espèces réellement distinctes, ou ne sont qu'une seule et même hépatite suppurée, plus ou moins rapide, plus ou moins âgée, plus ou moins compliquée.

Nous dirons d'abord ce que l'on sait de l'état du foie dans *la période présuppurative*; puis nous étudierons successivement l'*abcès nécrosique* où le pus n'est pas encore collecté et liquide, l'*abcès ulcératif* ou envahissant appelé parfois phlegmoneux, l'*abcès bourgeonnant* et en voie de réparations après évacuation du pus, et enfin l'*abcès enkysté*.

Nous décrirons ensuite les anciens *foyers caséeux* et *les cicatrices*. Nous examinerons à ce moment s'il existe un état anatomique de *périhépatite* et nous terminerons en relatant les *divers états du foie en dehors du foyer de suppuration*. Après cette revue analytique, nous établirons comment l'étude anatomique actuelle permet d'envisager *le processus* des abcès du foie.

Mais il est indispensable de commencer par quelques mots sur la *situation*, le *volume* et le *nombre* des foyers de suppuration.

§ II

SITUATION. — NOMBRE. — VOLUME.

1° *Situation*. — Les abcès du foie peuvent occuper tous les points de la masse hépatique, et leur situation importe au point de vue du pronostic, c'est-à-dire de leur évolution naturelle et de

la possibilité de les atteindre. On dit en général qu'ils sont plus communs dans le lobe droit et à la face supérieure. C'est du moins ce qui résulte des relevés statistiques que Corre (1) emprunte à ce sujet à divers auteurs.

La proportion serait pour le lobe droit à peu près de 80 °/₀. Les autres chiffres relatifs à la face convexe ou concave, aux bords postérieurs ou antérieurs sont peu importants.

D'après nos propres recherches, les abcès prédomineraient aussi au lobe droit et à la face supérieure. On comprend que leur terminaison doit être variable suivant la direction dans laquelle ils pointent. A la face inférieure ils vont vers l'intestin ou la cavité péritonéale ; à la face supérieure ils tendent vers le poumon, solution que l'on regarde comme plus favorable. Au bord antérieur ils sont très accessibles au bistouri du chirurgien ; au bord postérieur on ne peut ni les diagnostiquer ni les atteindre. Il y aurait donc un avantage très grand à être fixé par les probabilités numériques, sur la situation qu'ils ont le plus de chance d'occuper. Mais en réalité, toutes les positions ayant pu être observées, et le diagnostic d'un cas donné ne reposant pas sur des moyennes, c'est à l'analyse symptomatique faite avec sagacité qu'il faudra recourir par dessus tout.

2° *Nombre.* — On peut observer plusieurs abcès dans le même foie, et le nombre peut s'en élever à 6 ou 8 et même plus ; nous avons trouvé dans un cas 18 grands abcès chez un vieux dysentérique. Mais les chiffres les plus ordinaires ne s'élèvent guère au-dessus de 4 ou 5.

Les auteurs ont regardé l'abcès unique comme beaucoup plus fréquent que les abcès multiples. Mais nous pensons qu'ils ont exagéré cette fréquence relative. L'erreur doit fatalement être commise dans ce sens, car lorsque l'on constate, *sur le vivant,* une suppuration hépatique, on affirme qu'il y a du pus, mais on ignore s'il y a plusieurs foyers, et dans nombre de cas on n'a jamais été en mesure d'affirmer, sans autopsie, la pluralité des foyers. Dans les autopsies, au contraire, la pluralité s'observe au moins dans la moitié des cas ; il est vrai que les cas simples, à abcès unique, étant évidemment ceux qui guérissent le plus souvent, la multiplicité des foyers est tout naturellement en majorité dans les statistiques mortuaires.

(1) Corre, Traité clinique des maladies des pays chauds, p. 787.

Rendu a réuni quelques chiffres dans le tableau suivant :

	1 abcès	2 abcès	3 abcès	Davantage	Total
Doutroulau..........	11	16	5	4	66
Rouis..............	110	16	4	13	143
Hôpital de Saïgon....	22	11	2	4	39
	173	43	11	21	248

Certains auteurs, les anglais surtout, pensent que l'abcès unique est en relation avec la suppuration idiopathique (c'est-à-dire tropicale), tandis que les abcès multiples sont en rapport avec la dysenterie. La rareté excessive des abcès sans dysenterie, si l'on veut se donner la peine de contrôler tous les faits, rend ces affirmations suspectes. Comment admettre sans réserve des jugements appuyés sur une étiologie au sujet de laquelle on est si souvent en défaut ?

En compulsant nos notes nous avons trouvé sur les cent cas de Saint-Mandrier sept hépatites suppurées dont la dysenterie est absente, plus deux cas récemment traités en ville. Or sur ces neuf exemples, cinq fois l'abcès était unique, trois fois il était double et une fois multiple. Or, c'est une proportion identique à celle relevée par Dutroulau pour les hépatites en général. La prédominance du foyer unique dans les hépatites sans dysenterie n'est donc pas un fait bien établi.

Volume. — Ici de nombreuses variétés depuis l'abcès à peine formé, ou à moitié résorbé, plus petit qu'une noix, jusqu'à celui qui contient plusieurs litres de pus. On pourrait les classer en petits, moyens, grands et énormes.

Le nom de grands abcès a été donné par quelques anatomo-pathologistes aux abcès des pays chauds, pas opposition aux petits abcès biliaires surtout observés en Europe.

Cette dénomination est de convention, car l'hépatite suppurée exotique est souvent composée de plusieurs petits abcès, dont quelques-uns peuvent n'être pas plus gros que des pois. Cependant il nous arrive de l'employer parce qu'elle a été consacrée par Cornil et Ranvier S'il était nécessaire de classer les abcès suivant leur grandeur, nous regarderions comme petits ceux qui ne dépassent pas le volume d'un œuf de poule; moyens, ceux plus petits qu'une orange; grands, ceux qui dépassent ce volume; enfin énormes, ceux qui contiennent un litre et plus de pus ou de détritus. Les plus considérables appartiennent à la variété ulcérative ou phlegmoneuse et siègent le plus souvent dans le lobe droit qu'ils peuvent excaver complètement. On en a vu contenir plusieurs litres de pus. Campet (1) en opéra un qui renfermait 100 onces de liquide, soit 3 litres. Murchison cite un abcès contenant 4.800 gr. de pus. Nous en avons vu de semblables. Dans ces cas extrêmes dont nous avons publié des exemples (2), la coque hépatique est absolument évidée et constitue une cavité tympanique dès que le contenu en a été évacué.

Il faut bien se rappeler du reste qu'au cours de la maladie le volume d'un abcès du foie est très variable du jour au lendemain, l'accroissement de sa cavité pouvant se faire brusquement soit par annexion d'abcès voisins, soit par mortification et déliquescence rapide des parois. Au contraire, les abcès ouverts peuvent diminuer très promptement de volume. Témoin cet abcès qui avait donné 4 litres de pus à l'opération et qui, 4 jours après, à l'autopsie, n'était pas plus gros que le poing (voir obs. LXXVII).

Les abcès enkystés sont moyens ou petits, et les foyers caséeux sont réduits au plus faible volume.

§ III

Etat du tissu hépatique dans la période présuppurative.

On a souvent décrit un état congestif du foie, précédant la suppuration, et sans en donner aucune preuve on a comparé le foie à cette période, à un poumon qu'on examinerait au début d'une pneumonie. Cette conception fournie par une simple analogie, et

(1) Campet.— Traité pratique des maladies graves des pays chauds. Paris. 1802.

(2) Bertrand. — Mémoire sur la cholérrhagie.

Fontan. — Soc. de chirurgie, juillet 1892.

que l'on n'a jamais pu vérifier sur le cadavre, paraît satisfaire entièrement certains auteurs ; il vaut mieux avouer qu'il y a là, dans l'histoire des suppurations hépatiques, une lacune fort importante, et que nous ne pouvons combler entièrement, n'ayant, pas plus que les autres, pu saisir sur la table d'amphithéâtre ces phénomènes de début. Ainsi que le disent excellemment Kielsch et Kiener (1), « l'hépatite dysentérique constatée à l'autopsie n'a qu'une forme anatomique : la suppuration ; l'inflammation peut-elle se borner au stade d'hypérémie ? la question n'est pas du ressort de l'anatomie pathologique. »

A notre avis, cependant, on peut sinon résoudre la question, du moins approcher de sa solution par deux ordres de faits. D'abord, il est possible d'étudier expérimentalement sur des animaux, l'état du foie, en imminence de suppuration, que l'on peut réussir à provoquer par divers traumatismes ou par des injections parenchymateuses.

Puis, dans des autopsies humaines, où l'on trouve des abcès constitués, on rencontrera parfois autour des cavités purulentes, d'autres territoires enflammés, ou nécrosés, ou diversement altérés, avec infiltration purulente commençante, états qui précèdent vraisemblablement la formation de nouveaux foyers de suppuration.

Faits expérimentaux. — Dans nos recherches expérimentales dont une partie a déjà été publiée (2), nous avons souvent rencontré des lésions voisines de la suppuration autour d'un point hépatique traumatisé. Les meilleures expériences sont celles où le traumatisme, essentiellement pyogène, consiste en une injection parenchymateuse d'une ou plusieurs gouttes d'une culture de staphylococcus pyogenes. Cette injection peut être faite, avec la seringue de Pravaz, à ventre fermé, ou bien après laparatomie.

Si l'on sacrifie le chien ainsi traité au bout de 3 à 8 jours, on aperçoit ordinairement à la surface du foie une macule ecchymotique entourée de parties sombres et indurées.

A la coupe, et à l'œil nu, le territoire qui a reçu l'injection n'est nullement gorgé de sang ; il est au contraire assez sec, terne, gris ou ardoisé, et présente parfois des abcès miliaires, entremêlés de foyers hémorrhagiques.

(1) Kelsch et Kiener. — Traité des maladies des pays chauds, p. 186.

(2) Bertrand. — Origine et nature microbienne non spécifiques de l'hépatite suppurée. Gaz. hebd., janvier 1891.

Au microscope, ces territoires sont farcis de nids de cellules embryonnaires, formant des anneaux autour des veines, tant des veines centrales que des périlobulaires. Tantôt ces cellules sont seulement infiltrées dans la tunique externe de la veine, dont la lumière contient encore du sang non altéré ; tantôt il y a thrombose, et la virole embryonnaire est alors complète, le thrombus chargé de leucocytes se fusionnant presque avec le nid embryonnaire extérieur. Dans les points les plus altérés les nids embryonnaires sont devenus de véritables petits foyers purulents, tandis que les jeunes cellules se sont infiltrées dans la trame même du lobule, en séries diffuses qui masquent plus ou moins les cellules hépatiques et bouleversent l'aspect lobulaire.

Les cellules hépatiques elles-mêmes grosses, nettes, nucléaires, et nucléolées jusqu'à quelque distance du foyer se tassent, s'allongent, s'aplatissent en perdant de leur transparence ; elles finissent par ne plus être, au centre de la lésion, que des blocs méconnaissables.

Dans ces points l'hypérémie est en général à peu près nulle, et c'est là un fait que nous retrouverons. Elle n'existe guère qu'à la périphérie des territoires qui vont suppurer. Comme on le voit, c'est là plutôt un processus nécrobiotique qu'une véritable inflammation.

Parfois la réparation du tissu traumatisé est rapide et se fait à l'aide d'une inflammation modérée qui n'aboutit pas à la suppuration, ainsi qu'on le voit dans les déchirures ou sections aseptiques de l'organe. (Expérience publiée dans la thèse de Taddèi.) (1)

Mais, à vrai dire, de simples traumatismes du foie s'éloignent trop d'une inflammation suppurative de cause microbienne ; aussi attachons-nous plus de prix aux expériences dans lesquelles nous avons injecté la culture de staphylocoque dans la veine porte d'un chien ou dans une mésarraïque. Ici la cause septique était bien nette, quoique indirecte, et de tout point comparable à celle des abcès dysentériques de l'homme.

Or, nous avons trouvé le neuvième jour, à la face inférieure du lobe médian du foie, une saillie brune, circulaire, large comme une pièce de cinq francs et soulevant la capsule de Glisson.

Cette saillie était remplie d'une bouillie de couleur chocolat, compacte, s'écoulant avec peine, véritable boue sanguine mêlée de détritus hépatiques dilacérés.

(1) Taddéi. — Contusion du foie. — Thèse de Montpellier — Janvier 91.

Durcie et coupée, cette masse est en effet reconnue formée de tissu hépatique dissocié par un épanchement sanguin datant déjà de plusieurs jours, et dont le caillot a subi diverses transformations. Par places il est blanc, fibrineux, granuleux, les globules rouges étant complètement détruits. Ailleurs il est formé de globules bien nets et qui semblent épanchés depuis moins longtemps. Le tout est mélangé de cristaux d'hématine, de blocs d'acides gras cristallisés, de détritus granuleux provenant de cellules hépatiques, et d'amas de leucocytes prêts à former des foyers purulents. Autour de cette masse, les vaisseaux sont thrombosés.

Dans cette observation le processus est formellement nécrosique ; la suppuration va éclater par la désagrégation des tissus, et sans qu'il y ait eu de période inflammatoire. Nous croyons que cette expérience (1) a fourni le plus saisissant exemple de l'abcès nécrosique qui survient chez l'homme dans la dysenterie.

On voit que les résultats de nos expériences nous fournissent d'utiles données pour l'étude anatomique de cette période présuppurative. Mais les autopsies humaines ne sont pas non plus à ce sujet dépourvues de toute signification.

Faits d'observation. — Chez l'homme on a quelquefois décrits comme étant en état de suppuration imminente des foies volumineux, rouges, friables, saignant beaucoup, que l'on rencontre dans les cas de mort en pleine congestion hépatique, et notamment sous l'influence du paludisme. On semble croire que la violence de l'afflux sanguin va amener la suppuration (2). Cette hypothèse toute gratuite est à notre avis une simple erreur. Cet état n'a rien de commun avec l'hépatite suppurative, et nous en trouvons la preuve dans l'intégrité si fréquente du tissu hépatique dans toute portion de l'organe quelque peu éloignée d'un foyer purulent même récent. Il faut bien l'affirmer, et nous reviendrons sur ce sujet, au début d'un abcès du foie, le tissu hépatique en dehors du foyer et de sa zone limite, peut être graisseux ou cirrhotique ; il n'est ni hypérémié, ni enflammé. Tout au moins à l'œil nu il ne présente rien de cette congestion que quelques-uns ont décrite avec complaisance. L'hypérémie de la masse du foie n'est pas une condition nécessaire ni même habituelle de la période présuppurative.

(1) Nous devons déclarer que de pareilles expériences échouent le plus souvent, les chiens étant très réfractaires à la suppuration hépatique. Mais c'est ici le cas de rappeler qu'un seul résultat positif a infiniment plus de poids que cent résultats négatifs.

(2) Morehead — Clinical researches. . — Tom. I, p. 601.

Les lésions de l'hépatite suppurée sont au contraire circonscrites quoique fréquemment disséminées en plusieurs foyers en divers points de l'organe ; et c'est seulement dans une zone peu étendue autour d'un foyer purulent que l'on trouve des lésions irritatives que l'on peut considérer comme analogues à celles de la période présuppurative.

Ainsi on trouve ordinairement autour des abcès récents, à marche envahissante, *ulcératifs*, qui vont être décrits ci-dessous, des altérations qui sont comme la préparation de cette marche en avant. Ce sont des traînées de cellules embryonnaires, suivant les divisions de la veine porte, et remplissant même les espaces interlobulaires. Les veines sont souvent thrombosées, et en certains points il s'est formé de vrais petits abcès miliaires. Ces altérations, souvent observées, à un examen attentif, sont l'équivalent absolu de celles que nous avons décrites ci-dessus chez les chiens inoculés.

L'état d'infiltration purulente de Haspel n'est que la diffusion de ce processus anatomique.

Il est donc raisonnable d'admettre que ces lésions de voisinage, étudiées seulement jusqu'ici aux abords des abcès récemment formés, se rencontreraient aussi en petits noyaux dans un foie qui va suppurer, s'il se présentait l'occasion de faire une autopsie à ce moment précis ; et l'on aurait du même coup la preuve que les grands abcès sont formés par la réunion d'un grand nombre de petits foyers.

Mais il est infiniment probable que ces lésions sont surtout des états secondaires, des modes d'extension d'un foyer préétabli, et qu'à l'origine celui-ci s'est trouvé formé de toutes pièces par une nécrose massive semblable à celle que nous avons provoquée chez le chien. Nous disons nécrose *massive*, pour bien indiquer que la nécrose forme aussi l'élément le plus important dans les autres altérations décrites, lesquelles s'accompagnent de thromboses veineuses et d'abcès miliaires ; seulement dans ce dernier cas, les nécroses sont elles-mêmes *miliaires*.

Tels sont les petits grains pâles et mous que Macnamara décrit comme les premières altérations reconnaissables parmi celles qui précèdent l'abcès (1).

Quoiqu'il en soit, le mode de début le moins problématique, et certainement le plus fréquent, c'est la nécrose massive d'un territoire plus ou moins vaste.

(1) F. N. Macnamara. — On the pathology of hepatic absceas. — Indian annals of medical sciences, n° XV, 1862.

Les portions nécrosées apparaissent comme une sorte de coagulum blanchâtre ou chocolat clair qui fait partie du tissu du foie. Cette masse est au début régulièrement compacte ; elle est de la nature des *nécroses fibrinoïdes*. Nous verrons plus tard comment la zone limite s'enflamme, se vascularise, tandis que le centre de la masse commence à tomber en deliquium. Ce n'est pas encore du pus, ce n'est qu'une désagrégation des anciens éléments du foie.

Cette lésion, qui est pour nous très fréquente, constitue dans la grande majorité des cas le premier stade de la suppuration hépatique. Elle mérite d'être décrite en détail sous le nom d'*abcès nécrosique*.

§ IV

Abcès nécrosique.

Ces abcès, très fréquemment observés, et auxquels nous attachons plus d'importance que nos devanciers, ont été signalés et même décrits par plusieurs d'entre eux. Paget, Macnamara les ont fort bien indiqués et Fayrer s'exprime nettement à leur égard : « Je voudrais aussi, dit-il, appeler l'attention sur ces abcès, lesquels ne sont pas du tout, au début, des abcès, mais bien des *morts locales (local deaths)*, des foyers de nécrose hépatique, causés par embolie ou pyémie. Ces foyers sont entourés du tissu congestionné, et bientôt de suppuration dont le but est d'éliminer la portion nécrosée tout comme dans le cas d'un furoncle tropical (1) ».

Cornil et Ranvier avaient aussi parfaitement compris la formation de cette lésion, et Kelsch et Kiener l'ont particulièrement bien décrite en en faisant toutefois une forme à part.

Dans *un premier stade l'abcès nécrosique* consiste en une masse de *nécrose fibrinoïde*, à peu près sèche, plus ou moins volumineuse, sans zone inflammatoire périphérique La forme de ces espaces frappés de nécrose est variable et ne répond pas au type pyramidal ou triangulaire des infarctus classiques. Ils sont ordinairement festonnés sur leurs bords, parce qu'ils suivent la topographie lobulaire. On pourrait même leur donner le nom de *nécroses lobulées*. Souvent autour de la masse principale on voit de petits grains de tissu analogue disséminés. La couleur en est ordinairement blanchâtre, ou d'un gris sale, ou chocolat, ou ardoisé. Elle est quelquefois lie de vin,

(1) Sir J. Fayrer. — Liver abscess and dysentery. — Lancet, 1881 vol. I, p. 803.

ou blanc strié de rouge. Ces variations de coloris tiennent certainement à l'ancienneté, et à la plus ou moins grande quantité de sang qui est resté inclus dans ce tissu, dont la circulation est arrêtée. Il n'y a pas vraiment de cavité, dans cette substance demi solide, qui ne s'écoule pas de sa loge, se continue directement avec le tissu hépatique voisin. A la coupe il s'en écoule, par suintement, un peu de bouillie sanguine, ou de sanie plus ou moins colorée. Si alors on veut extraire cette substance de sa poche, on y trouve, à part quelques concrétions très fermes, des parties mollasses, effilochées, difficiles à évacuer, analogues au tissu cellulaire du phlegmon diffus. C'est là, en quelque sorte, un bourbillon qui légitimerait pour ce stade de l'hépatite l'expression de *furonculose du foie.*

Dans un deuxième stade, ce territoire s'entoure d'une marge en état de *réaction éliminatrice.* C'est à l'œil nu une bordure d'un brun d'acajou qui tranche à la fois sur le contenu terne ou strié du coagulum, et sur la coloration ordinairement pâle des tissus hépatiques circonvoisins. Souvent ce liseré inflammatoire s'étend en se dégradant de ton vers les parties externes; il est d'une consistance très ferme, qui fait contraste sous le doigt, avec la sensation pulpeuse que donne la masse nécrosée. Parfois, et sans doute à un moment plus avancé, existe entre cette zone inflammatoire et la nécrose, un deuxième liseré plus étroit, d'un blanc gris ou rosé, et qui est formé de fibrine récemment coagulée. C'est un exsudat plastique dû à l'inflammation éliminatrice, et par conséquent secondaire par rapport à la première coagulation nécrosique. Ce feuillet fibrineux se distingue assez bien à la vue des portions nécrosées, mais il ne forme pas une membrane réellement indépendante à cause des travées cellulaires ou conjonctives mortifiées, qui sont encore en continuité de tissu avec celles des parties voisines. Ce n'est que quand le deliquium est plus avancé que l'on peut arracher cette membrane par lambeaux.

Au microscope on rencontre dans cette zone inflammatoire les altérations que j'ai déjà décrites précédemment, et qui consistent essentiellement en des traînées embryonnaires le long des veines thrombosées. Ces traînées partent souvent d'une façon très régulière du bord de la nécrose, rayonnant en s'épuisant peu à peu. Au delà de cette zone on trouve encore de petits ilots embryonnaires, disposés autour de quelque bouche veineuse, semant en quelque sorte au loin l'inflammation suppurative.

Quelquefois la prolifération embryonnaire est tellement intense, qu'elle gorge les espaces intertrabéculaires et que l'aspect lobulaire du foie est détruit. Alors il y a hypérémie sanguine. Mais la présence du sang en quantité dans les petits vaisseaux n'a été remarquée qu'exceptionnellement dans nos recherches personnelles, à ce stade de l'abcès nécrosique.

Au contraire, presque tous les vaisseaux, veines ou artères, sont oblitérés par des thrombus solides, qui se propagent souvent fort loin, et préparent la marche de la suppuration comme dans le phlegmon diffus du tissu cellulaire. Les canaux biliaires eux-mêmes sont oblitérés par des coagulums, tellement la tendance fibrinoïde est intense dans ce processus.

Dans *un troisième stade* la masse nécrosée se ramollit, *se liquéfie* par places, mais elle manque pendant longtemps d'homogénéité et la cavité nouvellement formée reste traversée de lambeaux, de filaments, de franges, qui résistent à la liquéfaction.

Du pus est formé à ce moment mais s'écoulerait difficilement, si sur le vivant on faisait une ponction étroite. Nous sommes convaincus que des ponctions exploratrices ont parfois traversé ces collections sans obtenir de pus par aspiration.

Tel est cet abcès nécrosique dont le volume, en général assez faible au début (d'une noisette à un œuf de poule), va s'accroître à partir de ce moment par un processus ulcératif, sur leque nous allons revenir.

Mais il faut que nous ajoutions quelques explications sur le sens de ce mot *nécrosique*. On a sans doute compris qu'il ne s'agit pas là d'une gangrène brutale immédiate comme celle qui peut résulter de la thrombose d'une grosse veine. Il s'agit de ces nécrobioses dans lesquelles le tissu est gorgé par des infiltrats rapidement coagulables, et qui ne peuvent plus être repris par la circulation capillaire. Les thromboses qui jouent un rôle pathogénique dans ces nécroses fibrinoïdes sont capillaires ou veinulaires ; elles sont sous la dépendance absolue d'un embolus microbien.

Quant aux *gangrènes* vraies du foie, tissu noir, mou, suintement lie de vin, etc., elles sont fort rares, parce que le foie, nourri en même temps par la veine porte et par l'artère hépatique, se trouve rarement privé de tous ses moyens de nutrition. L'artère fournit toujours assez de sang pour sauver les tissus des effets d'une ischémie portienne totale. Ces gangrènes cependant peuvent se rencontrer dans deux circonstances :

A, gangrène directe par thrombose d'une grande veine. On n'en connaît peut-être qu'un cas authentique qui appartient à Cambay (1).

Nous n'avons rien observé de semblable.

B. La gangrène peut aussi apparaître comme complication, dans un abcès du foie ulcératif en voie d'envahissement rapide, car d'énormes lambeaux sphacélés ont pu être extraits sur le vivant au moment des larges incisions. C'est comme complication des opérations que ces faits doivent être étudiés.

Il faut remarquer que, sur le cadavre, on donne souvent, à l'exemple de Cruveilhier, le nom de gangrène à un aspect noirâtre, violet, plus ou moins étendu dans le parenchyme du foie autour des abcès.

C'est là une erreur que l'on commet trop facilement, et que nous avons vu commettre devant nous, de même que nous avons pu la constater dans de nombreux régistres nécropsiques. Cet état noirâtre, d'aspect sphacélique, est dû à la putréfaction rapide *post mortem,* surtout dans les pays chauds.

§ V.

Abcès ulcératifs

Voici maintenant le type d'abcès le plus fréquemment rencontré sur la table d'autopsie, comme il est aussi celui qui s'offre le plus souvent au bistouri du chirurgien.

C'est en effet celui qui acquiert rapidement un grand volume, qui tuméfie le foie, pointe et s'ouvre spontanément ou nécessite l'intervention opératoire, ou bien encore amène la mort par lui-même ou par ses complications.

Il porte dans quelques auteurs le nom d'*abcès phlegmoneux.* Il forme en général une vaste cavité, contenant depuis quelques cuillerées de pus jusqu'à quatre ou cinq litres. On en a cité qui renfermaient jusqu'à huit litres !

Souvent il donne au foie un volume énorme ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans l'extrait suivant d'une observation inédite.

Observation I (2). — G., traité en 1876 à St-Mandrier, rentrait de Cochinchine où il avait eu la dysenterie. Il souffrit bientôt de la région hépatique, et se plaignit surtout de la dyspnée.

(1) Cambay. — Traité des maladies des pays chauds.
(2) Inédite.

De son vivant, on fut frappé de l'extrême étendue de la matité qui partait de la troisième côte ; par en bas la matité hépatique n'avait pas de limite nette, car il y avait de l'ascite. On diagnostiqua un abcès du foie, et l'on appliqua des cautères révulsifs.

Décès le 5 mars 1877.

Autopsie. — Enorme hypertrophie du lobe droit du foie qui refoule en haut le diaphragme avec lequel il n'a aucune adhérence. Ce lobe remonte tellement haut contre la paroi thoracique antérieure qu'il refoule presque complètement le poumon en arrière. On comprenl que sur le vivant il le recouvrait en grande partie.

Cette portion du foie contient un gigantesque abcès rempli de pus chocolat.

Le lobe gauche, refoulant aussi le diaphragme en haut et à gauche, recouvre presque complètement le cœur, et une partie du poumon. Ces organes sont en somme devenus postérieurs, le foie les ayant chassés de leurs rapports avec la paroi thoracique antérieure.

En dehors de ces cas vraiment extraordinaires, la capacité de un litre ou un peu plus est très fréquente. Ce pus n'est fétide que s'il y a putréfaction cadavérique, ou si une ouverture soit chirurgicale soit spontanée y a apporté des germes de fermentation. Il est ordinairement chocolat, ou au moins d'un gris plus ou moins roux, parce qu'il contient du sang et des cellules hépatiques.

Mal lié, il renferme des parties plus ou moins claires, et des portions solides en suspension. Celles-ci sont tantôt rouges, effilochées, et flottantes dans le liquide en voie de macération. Ce sont alors des fragments de tissu hépatique. D'autres fois ils consistent en amas blancs, analogues à du blanc d'œuf cuit, se décollant des parois et tombant au fond des vases. Ce sont là des coagulations fibrineuses de formation récente.

Les parois de ces abcès sont anfractueuses et déchiquetées à un point extrême. Le plus souvent des fragments de tissu hépatique plus ou moins nécrosé, mais attenant encore à la paroi, flottent dans le pus, où ils auraient dû évidemment tomber bientôt, si la mort n'était pas survenue. Parfois les diverticules de l'abcès forment comme des galeries nombreuses dans le tissu circonvoisin, et l'on voit souvent un lobe entier du foie, sillonné dans tous les sens par ces galeries. Quelquefois elles servent de communication à deux abcès, situés à une certaine distance l'un de l'autre.

A côté de ce type bien net, où le processus ulcératif est évidemment dans le plein de son activité, on rencontre des abcès moins

âgés, moins volumineux, dont la cavité est en grande partie obturée par des coagulations fibrineuses et du tissu nécrosé.

D'autres au contraire, surtout quand il y a eu évacuation de pus chez le vivant, sont mieux détergés, ont perdu la plupart de ces franges et de ces détritus si caractéristiques, et leur paroi n'est plus que tomenteuse. Le pus résidual prend dans ce cas un aspect blanc, crémeux, ou séreux. La zone qui entoure ces abcès est ordinairement dure, dense, d'un rouge sombre. Elle est manifestement enflammée. On y rencontre des abcès miliaires.

Au microscope on y reconnaît, à un degré plus achevé, les lésions de voisinage décrites pour les abcès du type nécrosique du 2e et 3e stade : travées embryonnaires suivant les veines portes et formant au loin de petits îlots simplement enflammés ou déjà purulents ; cellules du foie aplaties, comprimées par les travées embryonnaires, mais plus souvent peu altérées, et s'arrêtant net à la limite de l'abcès, sans interposition d'une membrane, ni même d'un lit embryonnaire, comme dans les abcès qui commencent à bourgeonner. Ici le processus ulcératif est mis en évidence par les sections à l'emporte-pièce. Les vaisseaux sont le plus souvent turgides et les veines thrombosées. Mais parfois des bouches béantes ont pu donner lieu à des hémorrhagies dans les derniers temps de la vie. L'hypérémie est souvent forte et va jusqu'à l'extravasation, surtout dans la couche sous-capsulaire du foie.

Ces abcès ulcératifs sont tantôt clos, tantôt ouverts spontanément dans une cavité viscérale, ou au dehors par le chirurgien. Nous nous occupons ailleurs de ces modes divers d'évolution et de terminaison, et nous n'en voulons retenir ici que quelques détails anatomiques relatifs à l'abcès lui-même.

Dans un *abcès ulcératif clos*, la tendance à la progression éclate de toute part. Le plus souvent la cavité de ces abcès a acquis au moment de la mort un très grand volume. C'est surtout dans le lobe droit que l'on trouve des cavités considérables.

Le lobe est alors complètement excavé, et l'épaisseur du tissu hépatique qui fait encore barrière au pus peut être réduite à quelques millimètres. Ces lames de foie sont alors très altérées, minces, souvent farcies de caillots sanguins ou d'abcès miliaires. Elle se déchirent avec la plus grande facilité à l'autopsie, d'autant qu'elles sont en général devenues molles et noirâtres (d'aspect gangréneux) par la décomposition cadavérique.

Des lames semblables séparent souvent deux abcès voisins l'un de l'autre, et l'on comprend qu'elles peuvent pendant la vie, en se

détruisant, amener le fusionnement brusque de deux ou plusieurs poches purulentes voisines.

Les adhérences périhépatiques ne sont pas de rigueur dans ces cas de vastes abcès à parois très minces. Elles n'existent que quand la capsule de Glisson enflammée va elle-même livrer passage au pus, et l'on rencontre fréquemment d'énormes abcès siégeant dans les couches superficielles du foie sans irritation aucune du péritoine.

L'abcès ulcératif ouvert spontanément dans une cavité voisine présente dans sa paroi la plus amincie, soit une simple fistule, comme cela a lieu ordinairement quand un abcès s'est depuis longtemps ouvert un passage par les bronches, soit une large perte de substance comme nous en avons observé dans plusieurs autopsies. En voici un exemple.

Observation II. (1) — P..., atteint d'hépatite suppurée consécutive à une dysenterie de Cochinchine, était traité à St-Mandrier en 1885. L'abcès du foie évacué par l'intestin donna lieu pendant longtemps à l'expulsion de selles purulentes. Il finit par succomber.

A l'autopsie on trouva des adhérences unissant la face inférieure du foie au colon transverse. Un abcès gros comme les deux poings communiquait avec le colon par une perte de substance où l'on aurait fait passer une noix. Les bords de cette plaie intestinale avaient l'aspect gangréneux, et à partir de ce point, sur une longueur de 25 à 30 centimètres, l'intestin complètement dépouillé de son épithelium présentait une surface granuleuse recouverte d'un magma purulent. Un second abcès gros comme le poing siégeait à la convexité et avait provoqué des adhérences avec le diaphragme.

Un troisième abcès gros comme une noix existait dans le lobe gauche. — Le foie pesait 2 k. 370.

Quand l'abcès, au lieu de s'être créé une voie dans des organes cavitaires, a été ouvert en dehors, il existe une brèche dans la paroi qui recouvre le foie. Presque toujours cette brèche forme un trajet plus ou moins direct, tapissé de granulations embryonnaires qui ont soudé entre eux par de fortes adhérences les divers plans séreux, musculaires, conjonctifs et cutanés que le pus traversait chaque jour. Toutefois, on peut trouver des adhérences faibles ou détruites, et des infiltrations de pus plus ou moins engagées entre les couches pariétales. La péritonite suppurée localisée, la pleurésie suppurée, la carie costale, le phlegmon pariétal, sont autant

(1) Inédite.

de particularités fort importantes, mais plus intéressantes à étudier au chapitre des complications et des migrations qu'à celui de l'anatomie pathologique.

§ VI.

ABCÈS BOURGEONNANT *ou en voie de réparation.*

Après ouverture spontanée ou chirurgicale les abcès du foie peuvent suivre une marche réparatrice. On observe assez fréquemment cet aspect à l'autopsie, soit qu'un dysentérique épuisé succombe à la déchéance complète de l'organisme, malgré l'ouverture et l'amélioration d'un foyer de suppuration hépatique, soit qu'une opération n'eut mis à jour qu'un seul abcès quand d'autres et parfois les plus considérables amenaient une terminaison fatale. Des abcès en état de réparation partielle, avec persistance d'une fistule, se rencontrent encore chez des cachectiques qui avaient depuis longtemps rendu le pus par les bronches ou l'intestin.

Cette variété ne comporte pas une longue description. Le foyer peu volumineux, sphérique ou lobulé, parfois analogue à une bourse froncée, ne contient plus que du pus roussâtre ou blanc, et souvent crémeux. La paroi est veloutée, assez ferme mais friable, douce au toucher, saignant facilement. Elle est recouverte d'une couche de bourgeons charnus. En coupant à la fois l'abcès et les tissus voisins, on rencontre une zone rouge très vasculaire et friable, puis une zone blanchâtre beaucoup plus condensée et ischémique, très résistante: enfin graduellement le foie reprend son aspect normal.

Au microscope la couche la plus interne est formée d'un lit de cellules embryonnaires, souvent organisé en véritable membrane dite pyogénique, avec vaisseaux jeunes gorgés de sang, et fasciculisation des parties externes. La zone voisine est du tissu cicatriciel en couches multipliées très serrées, renfermant peu de vaisseaux et des îlots de cellules pigmentées ; puis des cellules de foie apparaissent par petits groupes irréguliers d'abord, et reprennent peu à peu l'aspect lobulaire.

Du reste, à part certains caractères de forme, et la présence d'un lit embryonnaire bourgeonnant à l'intérieur, certains de ces abcès se rapprochent du groupe suivant.

§ VII.

Abcès enkysté.

Ce type est, par son aspect, à l'œil nu tout au moins, bien différent des autres abcès du foie. Aussi plusieurs auteurs en font-ils une espèce entièrement distincte; et nous voyons dans Kelsch et Kiener cette forme caractérisée par le nom *d'abcès fibreux*, en opposition avec les *abcès phlegmoneux*.

Sans nous attarder à discuter le plus ou moins de convenance des dénominations proposées par les auteurs, nous déclarerons seulement que le terme *d'abcès enkysté* nous a paru préférable, parce qu'il donne parfaitement à l'esprit du lecteur la notion d'une collection de liquide contenue dans une poche fibreuse. Il implique mêmel'idée que la poche s'est formée secondairement autour du liquide préalablement épanché. A ce double titre le nom d'*abcès enkysté* convient admirablement à la lésion que nous étudions.

Ces abcès peuvent être profonds ou superficiels. Dans ce dernier cas, à l'ouverture de l'abdomen on aperçoit sur la surface du foie, en général du côté convexe, une poche saillante, grisâtre ou blanche, de forme régulière, et où il est facile de constater la fluctuation. A ce niveau le foie peut avoir contracté des adhérences avec le péritoine pariétal. Mais il n'est pas rare de trouver sa surface libre de toute adhérence et parfaitement polie.

On ne peut se défendre d'un certain étonnement en rencontrant ainsi des poches purulentes fort importantes et limitées seulement par une toile mince et transparente, sans qu'aucune irritation de la séreuse se soit manifestée à leur niveau. C'est en effet la capsule de Glisson à peu près seule, plus ou moins épaissie, qui forme la paroi superficielle de ces abcès.

On a décrit ces collections purulentes comme étant constamment d'un petit volume. C'est une exagération. Le plus souvent ils sont du volume d'un œuf, ou d'une petite pomme. Mais ils peuvent être beaucoup plus volumineux.

La saillie arrondie que ces abcès font à la surface de l'organe occupe plusieurs centimètres carrés, mais elle donne une idée incomplète de la capacité de la poche, qui est parfois creusée en excavation profonde dans le parenchyme hépatique. Certaines de ces cavités contiennent plus d'un litre de pus.

La coque de l'abcès est entièrement fibreuse, lisse et blanche à l'intérieur, offrant parfois des diverticules et des cloisonnements

incomplets. Mais la forme en est en somme régulière et généralement arrondie.

Le pus ordinairement très bien lié, crémeux, sans odeur, blanc, est quelquefois séreux, verdâtre, avec des grumeaux fibrino caséeux, mais c'est l'exception. En somme le pus n'offre aucun des caractères du pus hépatique : couleur chocolat, consistance filante, parcelles de tissu hépatique nécrosé.

Si l'on fend la coque de l'abcès on constate que la paroi en est franchement fibreuse et épaisse de plusieurs millimètres. Elle atteint parfois près d'un centimètre. Elle est intimement unie au tissu hépatique. Elle cesse brusquement au niveau d'un parenchyme sclérosé, très dur, blanchâtre, avec des îlots pigmentés qui se voient à l'œil nu. Fréquemment il existe même des lamelles ardoisées à la limite externe de la couche fibreuse.

En dehors de cette zone le foie est en général d'aspect graisseux.

Au microscope la paroi présente sur sa face interne un revêtement de cellules graisseuses mêlées de globules purulents devenus caséeux. Aucune cellule embryonnaire. Ces éléments graisseux sont infiltrés dans de fines déchiquetures à la surface de la tunique fibreuse, qui se trouve ainsi être en réalité moins polie qu'on l'aurait cru à l'œil nu.

La coque fibreuse est à proprement parler un tissu de cicatrice, d'abord entremêlé de quelques îlots adipeux, puis de plus en plus dense. A une certaine distance de la cavité le tissu cicatriciel devient plus vasculaire et admet entre ses faisceaux tantôt de petits îlots de tissu jeune, tantôt des groupes de cellules hépatiques. Ces groupes forment en réalité des lobules allongés, aplatis, peu reconnaissables. Les cellules hépatiques y sont granulées, à noyaux encore visibles, allongées, plates, serrées les unes contre les autres, nullement adipeuses. La forme de ces éléments du foie est quelquefois tellement altérée, qu'on les prendrait pour des cellules fusiformes, conjonctives, stratifiées en tissu fasciculé. Leur disposition en série, et la constatation des formes intermédiaires, permettent seules d'établir, par un examen attentif, que ce sont bien des lobules hépatiques réduits à cet aspect par une sorte de compression lente.

Autour de chacun de ces îlots hépatiques un tissu fibroïde formant coque, à faisceaux fins, avec grosses cellules pigmentées ; très peu de vaisseaux.

En dehors de cette zone cicatricielle, le foie est ordinairement pâle, ou à peu près normal.

§ VIII

Foyers caséeux et cicatrices.

Il est souvent arrivé au médecin exerçant dans la zone tropicale, de constater à l'autopsie des gens ayant séjourné longtemps dans le pays, des lésions assez singulières, sur la nature desquelles on n'était pas fixé. Ces lésions consistaient surtout en foyers caséeux, souvent multiples et de dimensions variées, depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noix. A côté, ou dans d'autres cas isolément, on rencontrait de simples taches blanches comparables à des cicatrices. Ces altérations se trouvant chez des sujets morts de toute autre maladie que l'hépatite ou la dysenterie, n'en sont pas moins les traces éloignées de la suppuration du foie.

Ces traces bien indiquées par plusieurs auteurs, ont été décrites dans une autopsie de la thèse d'Eyssautier (1) dans les termes suivants : « Vers la partie moyenne de la face inférieure du lobe gauche, et sur le lobe droit, on aperçoit deux espèces d'étoiles blanches, au niveau desquelles la capsule de Glisson, déprimée et comme plissée, adhère intimement à deux noyaux blanchâtres, caséeux d'aspect et de consistance, incrustés dans la substance hépatique. »

Nous ajouterons l'observation suivante, qui établit la guérison spontanée d'un abcès du foie.

Observation III (2). — Garnier, en traitement à St-Mandrier, en juin 1875, pour dysenterie de Cochinchine ancienne, déclare avoir souffert du foie l'année précédente au commencement de sa dysenterie. Il eut alors, dit-il, une véritable hépatite avec fièvre, oppression et douleur dans l'épaule. Depuis il a quelquefois éprouvé des élancements dans le côté droit, mais il n'en souffre plus depuis longtemps. A la percussion le foie est indolore et très petit.

G... se cachectise de plus en plus par suite de sa diarrhée chronique ; de plus, il y a suspicion de tuberculose pulmonaire. Le 9 juillet, il succombe aux progrès de l'entéro-colite.

Autopsie. — Intestin grêle et colon portent de nombreuses ulcérations. Foie atrophié, sauf la partie externe du lobe droit qui est massiforme. A ce point une cicatrice rayonnée blanche forme une dépression digitale, avec épaississement de la capsule de Glisson. — Aucune adhérence. — Sous la pellicule blanchâtre cicatricielle existe un foyer caséeux

(1) Eyssautier. — L'hôpital maritime de St-Mandrier. Montpellier, 1880.
(2) Inédite.

gros comme une noisette. Le caseum évacué, on remarque une paroi fibreuse très épaisse et comme froncée. — Tout autour le tissu du foie est adipeux.

On remarquera qu'il y a là deux lésions associées, mais anatomiquement distinctes : les foyers caséeux et les cicatrices *à foyers caséeux*. — Ceux-ci sont constitués par un amas de caséum, parfois jaune et onctueux comme une pommade, parfois presque dur et desséché. Le microscope indique que ce n'est là que du pus ayant subi la transformation caséeuse classique.

Ces foyers ont été très heureusement dénommés *abcès résiduaux* par sir J. Paget, et aussi *abcès posthumes* par Barthélemy. Toutefois ces deux dénominations les font regarder comme des reliquats inertes et absolument inoffensifs, et il ne nous semble pas qu'il y ait une aussi grande sécurité dans leur existence. Ce sont là en réalité de vraies épines intra-hépatiques, qui pourraient longtemps après une guérison apparente provoquer une nouvelle formation de pus dans le foie, surtout si le malade reste sujet à la dysenterie, ou exposé à toutes les causes de congestion hépatique.

Dans les foyers les plus humides on rencontre des globules de Glüge, tandis que les globules purulents sont simplement graisseux et ratatinés dans les foyers les plus secs. Quelques-uns sont mêmes durs et brunâtres, entourés d'une cicatrice épaisse, et dans certains corps jaunes plus petits que des pois, nous avons trouvé un commencement de calcification.

Ce fait avait été constaté déjà par Mahé de Brest, dans une analyse histologique restée inédite (2).

L'enveloppe de ces amas est une forte membrane fibreuse plus épaisse et plus noueuse que celle qui entoure les abcès enkystés. Tout autour le tissu est sclérosé et rétracté.

Les *cicatrices* apparaissent comme des macules blanches, déprimées, irrégulières, étoilées, à la surface du foie. D'autres se voient à la coupe dans la profondeur du parenchyme. Elles sont formées d'un tissu inodulaire résistant, et sont parfois assez étendues pour altérer la forme de l'organe. Ce sont évidemment ces tractus cicatriciels que Merat avait décrits dans les termes suivants (3).

« On voit dans quelques circonstances le tissu même du foie
» changé en fibres analogues à la dure-mère. J'en ai observé dans
» plusieurs circonstances et cette dégénérescence n'est même pas

(1) In Th. de Bonnaud. Lyon, 1881.
(2) Communication manuscrite de Vauvray. (Obs. LXXXIII.)
(3) Mérat. — Art. foie du Dict. des sciences médicales. Paris, 1816, p. 125.

» rare. On pourrait même regarder que dans quelques cas ces » fibres *sont les résultats d'une sorte de cicatrices d'abcès anciens.* » Dans certaines occasions le tissu fibreux s'étend par lames dans » le foie, et s'irradie même sous une *forme stellaire*.... » L'interprétation de ces *cicatrices stellaires* de Merat a été critiquée par Audral et Louis, et depuis, divers auteurs, entre autres Dutroulau, ont cité cet auteur en outrepassant, croyons-nous, sa pensée. En effet Dutroulau voit dans ces plaques fibreuses une présomption *d'abcès résorbé, guéri spontanément*, tandis que Mérat dit simplement *cicatrices d'abcès anciens*, sans s'expliquer sur le mécanisme de la guérison.

Certaines de ces plaques cicatricielles contiennent à leur centre un ou plusieurs petits foyers caséeux jaunâtres.

Ces traces qui existent souvent chez des vieux dysentériques avec des foyers enkystés, ou des abcès plus jeunes, indiquent d'une façon certaine que le foie a suppuré, et que les abcès se sont guéris par résorption graduelle, ou par ouverture temporaire dans un organe voisin.

Ces lésions cicatricielles ont pu être confondues avec des gommes du foie auxquelles elles ressemblent en effet quelque peu. Mais les gommes offrent ordinairement l'aspect d'une petite tumeur, formée d'un groupe de foyers caséeux, anguleux, serrés les uns contre les autres, et environnés d'un tissu *rosé*, très dur, très-dense, élastique, que l'ongle ne peut déchirer. Cette zone d'infiltration spécifique fait défaut autour des reliquats caséeux et cicatriciels des abcès du foie.

§ IX.

Périhépatite

Le foie est entouré de péritoine dans la plus grande partie de son étendue. En deux régions seulement, ligament coronaire et ligament suspenseur, la séreuse s'éloigne de la capsule de Glisson pour se porter sur les parois de la cavité abdominale. Mais la portion de tissu hépatique qui reste ainsi privée de péritoine est tellement restreinte que l'on concevrait difficilement une inflammation périhépatique qui épargnerait absolument son enveloppe séreuse. Au niveau du bord potérieur, cependant, et particulièrement à l'extrémité droite de ce bord, la glande hépatique n'est séparée du diaphragme que par du tissu cellulaire lâche qui pourrait servir de voie à une inflammation propagée du foie au diaphragme. Mais

nous ne croyons pas que le fait ait été observé. En résumé le péritoine ne saurait échapper dans le cas de *capsulite*, et qui dit périhépatite dit péritonite.

La première réaction du péritoine irrité étant la production d'un exsudat fibrineux qui agglutine les surfaces séreuses en contact, le premier résultat d'une inflammation qui a envahi la coque du foie, sera la formation d'adhérences péritonéales autour de l'organe. Ces adhérences n'ont rien de spécial. Elles ressemblent à celles de la périmétrite, de la pérityphlite. Molles d'abord, glutineuses, grisâtres, opaques, et formées de fibrine enserrant un certain nombre de globules blancs, elles sont ordinairement réduites à quelques points de la surface du foie, en regard de la portion de l'organe qui est le siège d'un abcès. Elles s'étendent parfois à tout l'organe et peuvent fixer son bord tranchant à la vésicule et au colon.

A une période plus avancée, ces pseudo-membranes s'organisent en véritables membranes vasculaires qui deviennent par la suite très résistantes et amènent une véritable soudure du foie au diaphragme, au rein ou à quelque autre partie. Le diaphragme n'oppose pas une barrière infranchissable à l'inflammation, et la pleurésie, qui n'est pas rare, peut aboutir à un comblement complet du sinus costo-diaphragmatique.

Dans certains cas d'inflammation violente, les membranes se désagrègent et donnent lieu à des péritonites suppurées, localisées. Mais cela résulte presque toujours de l'épanchement du pus d'un abcès du foie, dans un champ déjà clos, par la péritonite adhésive. On trouve ainsi des foyers enkystés à la surface de l'organe et où l'abcès hépatique ne forme qu'une très petite portion de la cavité suppurante. Ces abcès ne contiennent en général que du pus blanc, bien différent du pus chocolat habituel. Voici un exemple de ce genre de collection *extra-hépatique*.

Observation IV (1). — Ton de race annamite, traité à St-Mandrier en 1889 pour troubles gastriques, ictère, fièvre bilieuse, etc.., présente tous les signes d'une hépatite suppurée : le siège de la douleur, le gonflement, la fièvre, tout indique la suppuration du foie. Une ponction amène 850 gr. de pus légèrement sanguinolent, et mêlé de bile. Ce pus est plus blanc que le pus ordinaire du foie, et ne contient aucun détritus.

Cet homme étant décédé le 21 mai, l'autopsie montra à la partie supérieure, au niveau de la trace de la ponction, une poche purulente limitée, contenue entre le diaphragme et le foie. Une plaque granuleuse grise,

(1) Inédite.

grosse comme une pièce de cinq francs, ulcérée sur ses bords, formait toute la partie du foie en contact avec le pus. Le reste de l'enkystement était formé par le diaphragme et des néo-membranes.

A l'intérieur du foie il n'y avait aucun abcès.

Dans une autre observation publiée par l'un de nous (1), un abcès mi-hépatique, mi-péritonéal avait entraîné de graves désordres.

Ces lésions de la périhépatite chronique sont plus rares et liées sans doute à un état cirrhotique du foie, qui n'est alors qu'une coïncidence. On trouve dans ce cas, l'épaississement de la capsule de Glisson, et du péritoine viscéral, avec ou sans brides fibreuses, et une ascite plus ou moins abondante.

La question intéressante et obscure dans l'histoire de la périhépatite consiste à savoir quelles sont ses relations avec l'hépatite suppurée, ou si elle peut exister sans elle. Si la périhépatite que certains signes font reconnaître chez le vivant était en effet toujours un résultat de la marche d'un abcès vers la surface du foie, on comprend quelle précieuse indication ce phénomène fournirait pour le diagnostic, et pour l'intervention opératoire. En clinique on est fort enclin à en juger ainsi.

Mais les recherches anatomiques font penser qu'il faut apporter certaines réserves à cette interprétation. En effet, nous avons plusieurs fois trouvé, à l'autopsie de *dysentériques* ou de paludéens, qui avaient paru faire un abcès du foie, et qui, en réalité, n'avaient pas eu d'inflammation suppurative de cet organe, des néo-membranes récemment organisées, avec épaississement de sa capsule de Glisson.

Voici un de ces cas.

Observation V (2). — Guillermin, revenant du Tonkin, où il a eu la fièvre intermittente et non pas la dysenterie, entre à St-Mandrier le 15 novembre 1884. Il a encore des accès de fièvre, et souffre du foie et de la rate qui sont hypertrophiés. — Cachexie paludéenne.

Le 25, des douleurs très vives au niveau du bord antérieur du foie, la dyspnée, la respiration très pénible, la toux sèche font diagnostiquer une *hépatite aiguë*. Du ballonnement du ventre, la constipation, quelques hoquets, et de la sensibilité abdominale font redouter une péritonite.

Ces signes s'accentuent pendant cinq jours, à tel point que notre savant collègue, le professeur Guès, signe le billet de décès avec le diagnostic : *hépatite et péritonite aiguës*.

(1) Bertrand. Cholerrhagie, Obs. de Convent. (obs. XCV.)
(2) Inédite.

Autopsie. — Intestin distendus. Péritoine injecté et adhérent au niveau du foie, particulièrement du lobe droit. Ascite abondante. Le foie est volumineux, et présente surtout dans le lobe droit une congestion très marquée. Pas d'abcès ni de plaques jaunes.

§ X

États du foie en dehors des foyers de suppuration.

Nous avons passé en revue les lésions du foyer suppurant et de la couche qui le limite, laquelle peut être considérée comme un terrain en réaction locale, contre la suppuration, ou si l'on veut comme une *zone d'influence.* Il est maintenant utile de rechercher l'état du foie dans toute sa masse, en portant l'investigation loin des abcès et de leur paroi. Le tissu hépatique est-il normal, congestionné, cirrhotique, graisseux ?

Un premier fait important consiste dans une certaine augmentation de volume. Presque toujours le poids dépasse 2,000 gr. Il atteint quelquefois des chiffres beaucoup plus élevés. A l'autopsie de Guilloux (1878, St-Mandrier), dont l'abcès s'était formé pendant une fièvre typhoïde, le foie pesait 4 kilogr. Il est vrai que le foie a souvent été pesé sans avoir été débarrassé du pus qui y était contenu. Ainsi chez Montellier (autopsie de 1888) le foie pesait 2,760 gr., mais après avoir été fendu, il laissa s'écouler environ 1,500 gr. de pus, d'un vaste abcès du lobe droit. S'il est donc vrai, ainsi que le disent tous les auteurs, que la masse de l'organe est ordinairement augmentée de volume, il faut ajouter que cet accroissement n'ajoute rien au foie en tant que tissu glandulaire, et qu'il peut même masquer une raréfaction extrême du tissu hépatique.

Congestion.— Des idées théoriques déjà signalées, ont fait d'une hypérémie très forte le premier stade de l'hépatite suppurative. L'état congestif s'étendrait pour quelques auteurs au delà de cette période, et persisterait même après les abcès formés.

« La structure du foie, dit Morehead (1), est plus rouge, plus » molle qu'à l'état normal ; le tissu saigne à la coupe... »

En réalité la congestion générale de l'organe est un fait exceptionnel ; elle n'est presque jamais signalée dans les autopsies de St-Mandrier et dans quelques autres que nous avons faites aux pays chauds.

(1) Morehead. — Clinical researches... 1856 — T. 1, p. 601.

L'hypérémie et l'inflammation sont presque toujours localisées autour des foyers de suppuration. Elles indiquent une réaction du tissu envahi vis-à-vis du processus envahisseur, et sont ordinairement liées à un effort d'élimination.

La congestion totale du foie peut cependant s'observer si l'homme succombe au moment où la dysenterie, le paludisme, frappent la glande hépatique d'une hypérémie parfois très intense, et qui n'a que des rapports de concomitance avec la suppuration.

Dégénérescence graisseuse. — C'est l'état le plus ordinairement lié à l'abcès du foie. Presque tous les auteurs l'indiquent et nous citerons à ce sujet quelques lignes de Macnamara qui en fait une description minutieuse : « Sa couleur est très constante et caractéristique : c'est une couleur uniforme d'un brun pâle qui » occupe toute la substance, sans rien de cette moucheture ou » alternance concentrique de jaune et de brun que l'on voit communément dans les lobules des foies gras des phtisiques. Un tel » foie peut devenir très congestionné, tel qu'on le trouve souvent » chez les malades qui sont morts dans les premiers stades d'une » dysenterie aiguë. Mais quoique la congestion masque la couleur » brune, celle-ci peut être découverte lorsque le serum sanguin » qui exsude a été enlevé par le grattage. Des plaques pâles et » superficielles de dégénérescence graisseuse peuvent se montrer » sur ces foies, comme sur des foies sains par ailleurs. » La plupart des autopsies que nous avons lues ou pratiquées montrent le même fait de la dégénérescence graisseuse plus ou moins prononcée. Mais il faut ajouter que rarement, surtout chez nos vieux coloniaux, cette dégénérescense est simple. Elle se combine le plus souvent avec la pigmentation qui relève du paludisme, et la cirrhose qui peut se rattacher à l'usage trop fréquent des liqueurs fortes dans les pays chauds.

Cirrhose. — Relativement à cette dernière altération on a quelquefois avancé que la cirrhose et l'abcès hépatique étaient incompatibles. Cette incompatibilité n'existe pas. Si beaucoup de marins ou de soldats décédés d'hépatite suppurée ne sont pas atteints de cirrhose, c'est que jeunes et frappés par la dysenterie après quelques mois seulement de séjour aux colonies, ils n'ont pas eu le

(1) Macnamara. — On the pathology of hepatic abscess. — Indian annals of medical sciences, n° 15, 1862.

temps de devenir alcooliques et cirrhotiques. Mais chez les sujets d'un âge plus avancé la cirrhose n'est pas rare.

Fayrer (1) note la coexistence fréquente de ces deux affections dans l'Inde, et en donne cinq observations dont trois au moins sont probantes. Morehead a aussi écrit sur cette *coïncidence* des passages intéressants.

Dans une collection de pièces microscopiques que nous possédons, Bonnet, médecin de la marine, aussi bon histologiste que praticien expérimenté, a exposé un bel exemple d'un abcès développé dans une cirrhose.

Observation VI (2). — Moreau (1878), atteint de dysenterie en Cochinchine, l'année précédente n'a jamais eu de paludisme. L'abcès du foie, quoique soupçonné, n'est pas ouvert ; il s'accompagne d'ictère. L'homme succombe le 9 septembre.

Autopsie. — Deux grands abcès dans le lobe droit. *Au microscope*, on trouva une hépatite interstitielle de toute la partie du grand lobe non détruite par le pus. — Hypérémie et infiltration considérable de cellules embryonnaires. épaississement fibreux des travées vasculaires, destruction des cellules hépatiques. Dans le lobe gauche les signes de l'hépatite alcoolique, plus nets que dans le lobe droit, s'accompagnent de dégénérescence graisseuse.

Dans deux ou trois autres autopsies nous avons fait des constatations analogues, et notamment dans le cas publié par Oromi (3).

Ainsi divers états hépatiques, la congestion, la pigmentation, la cirrhose, ne sont pas incompatibles avec l'hépatite suppurée.

Quant à la dégénérescence graisseuse elle est en relation beaucoup plus directe avec l'abcès du foie dont elle serait d'après certains auteurs une sorte de lésion préparatoire.

Macnamara (4) est bien explicite sur ce point : « Le foie ayant » subi cet état de dégénérescence graisseuse éclate par places sous » une pression telle que peut en amener une congestion aiguë ; » cette influence amènerait sans doute sur un viscère sain une » inflammation transitoire. Le tissu déjà malade en est accablé. Sa » vitalité défaillante succombe. La nécrobiose (la mort, *the death*) » et la liquéfaction s'en suivent. La mort locale est, suivant l'ex-

(1) Fayrer. — Liver abscess. . . Lancet 1880, — T. I, p. 136.

(2) Inédite.

(3) Oromi. — Quelques réflexions sur un cas d'hépatite suppurée. — Thèse Montpellier, 1889, p. 17.

(4) Macnamara. — Loc. cit.

» pression du professeur Paget, le dernier mot de la dégénéres-
» cence. »

Comme on le voit, Macnamara fait ici une application des vues si élevées de Paget (1) qui, parlant des personnes âgées et intempérantes auxquelles les plus légers traumatismes infligent des mortifications locales, dit : « Déjà dégénérés, ils périssent par addition
» de ce qui, chez des personnes saines, n'aurait amené que
» quelque processus inflammatoire dans les parties blessées. »

Malgré ces aperçus féconds, il faut bien dire qu'un élément primordial au point de vue de la suppuration hépatique a échappé à ces observateurs ; c'est le coup porté au parenchyme par l'embolie microbienne.

D'ailleurs beaucoup d'hépatites suppurées éclatent au début d'une dysenterie et n'ont pas été précédées de dégénérescence graisseuse. Il y a lieu de penser que celle-ci se manifeste surtout dans les abcès anciens. Elle est donc consécutive à l'abcès et n'a pas d'autre signification ici que dans les suppurations chroniques de tout autre organe du corps.

§ XI

Processus anatomique de l'hépatite suppurée

Il est inutile de revenir sur les divisions établies par les auteurs qui comptent chaque forme d'abcès hépatique comme une maladie différente. Il importe seulement de rappeler que *l'abcès nécrosique* est souvent observé dans les autopsies alors que la maladie n'est pas ancienne, comme il est aussi constaté dès les premiers jours dans les expériences où l'on a réussi à provoquer des infarctus hépatiques par injection de matières septiques dans une branche de la veine porte.

L'*abcès ulcératif* s'observe le plus souvent alors que l'on en vient à ouvrir chirurgicalement la collection purulente, ou encore dans les autopsies. Il constitue la grande majorité des abcès qui ont tué leur malade.

L'*abcès enkysté* moins fréquent, se trouve surtout dans les cas déjà anciens, et particulièrement clos, chez ceux qui meurent d'autre

(1) Paget. — Lectures on surgical pathology, vol. 1.

chose (dysenterie, paludisme, phtisie....) sans que dans les dernières semaines le médecin ait eu à se préoccuper d'une inflammation hépatique active.

Enfin les *foyers caséeux et les cicatrices* sont ordinairement des trouvailles d'amphithéâtre, que les commémoratifs seuls dans quelques cas auraient pu faire prévoir.

Il résulte déjà de cette récapitulation une sorte de chronologie qui donne à chaque type d'abcès son numéro d'ordre, et fait naître la présomption que ce ne sont que des stades successifs d'une même maladie.

Mais n'existe-t-il pas des formes intermédiaires, des échantillons de passage, qui puissent fournir la preuve de cet aperçu ? Oui, sans aucun doute, cette transition insensible existe, et si l'on relit nos paragraphes « *lésions présuppuratives et abcès nécrosiques*, on s'apercevra que nous avons eu la plus grande peine à décrire séparément deux choses qui forment l'évolution ininterrompue d'une même lésion.

Lorsque le sang de la veine porte infecté par l'absorption de matières septiques à la surface de l'intestin, a porté dans le foie non pas une inflammation mais une nécrobiose,celle-ci ne constitue pas encore l'abcès, mais en est la cause inéluctable. La masse de tissu nécrobiosé, petite ou volumineuse, devra passer par la liquéfaction, s'entourer d'une zone d'inflammation réactionnelle, et les globules de pus, résultat de cette inflammation, viendront se mêler à la sanie de la nécrose fibrinoïde liquéfiée. C'est à ce moment seulement que le foyer demi-liquide pulpeux commence à mériter le nom d'abcès. Tantôt il se trouve constituer promptement un vaste abcès nécrobiotique d'abord, ulcératif ensuite, dans le cas où la mort locale qui en a été l'origine occupait un territoire étendu ; tantôt la nécrobiose, au lieu d'être massive, était disséminée en plusieurs petits foyers voisins distribués au caprice des embolies microbiennes, sans phlébites macroscopiques, et la cavité suppurante ne s'est réellement constituée que par la fusion de plusieurs petits abcès primitifs.

Cette manière de voir, confirmée par l'étude d'un grand nombre de foies abcédés, ramène tous les abcès du foie à un même mécanisme au moins dans leur origine et leur première période.

L'abcès ulcératif n'est que la forme la plus accomplie, la plus active de la suppuration hépatique. On y trouve encore les débris de foie nécrosé et les coagulations fibrineuses, vestiges probants de l'origine nécrobiotique ; mais en même temps la vive réaction

de leurs parois, l'infiltration purulente des espaces portes, l'érosion du tissu parenchymateux donnent à cette forme un aspect envahissant et enflammé que l'on a pu caractériser par le mot d'*abcès phlegmoneux*.

Toutefois en faire une espèce à part serait se contenter vraiment de recherches bien superficielles.

Quand une suppuration, après s'être collectée, étendue, accumulée, a pu faire irruption hors de sa loge, par un procédé naturel ou chirurgical, l'abcès tendra naturellement à revenir sur lui-même. Il se détergera plus ou moins complètement suivant diverses circonstances telles que la déclivité de l'ouverture, les forces de l'organisme, les lavages antiseptiques, etc. Mais même dans le cas où la marche vers la guérison est entravée, on y trouvera les traces d'une tendance à la cicatrisation, qui consiste dans l'apparition de bourgeons charnus, et l'organisation d'une paroi membraneuse. Tel est l'*abcès bourgeonnant* que nous avons décrit au paragraphe IV.

D'autres abcès ne se sont pas ouverts et subissent pourtant des transformations favorables. Ils s'enkystent, résorbent une partie de leur contenu, et diminuent de volume. Il est difficile d'apprécier si ce résultat est dû à l'amélioration de la santé générale, de l'état dysentérique, ou à quelque cause locale. Mais on peut tout au moins supposer que le contenu de ces cavités se stérilise peu à peu, car le deliquium qui y était enfermé se transforme d'abord en pus blanc, louable comme on disait autrefois, et graduellement en matière caséeuse.

De même la paroi n'est plus formée de débris frangés et nécrosés ; elle s'aplanit, se revêt de bourgeons charnus qui s'organisent en une membrane condensée. La zone avoisinante se fronce, attirée par la rétraction de ce nouveau tissu de cicatrice. Si le volume de l'abcès est trop considérable, le travail de réparation reste impuissant à effacer toute la cavité, et il persiste un de ces *foyers enkystés, caséeux*, que l'on retrouve si longtemps après l'hépatite guérie. Tandis que dans les cas de petites cavités, le comblement finit par être complet et il ne reste que cette *cicatrice* blanche, étoilée, déprimée, qui a souvent étonné les observateurs.

Certains savants ont cru que l'abcès enkysté ou *fibreux* était une forme à part, d'une origine spéciale qu'ils n'ont pu du reste expliquer. Cette vue de l'esprit ne s'appuie que sur l'aspect macroscopique de la cavité, et non sur l'examen microscopique de

cette paroi, où l'évolution cicatricielle est indéniable. De plus l'abcès enkysté se rencontre dans des cas d'hépatites anciennes, en apparence guéries, et présente tous les degrés de transition entre l'abcès ulcératif, et le foyer caséux, ou la cicatrice complète.

Il n'est pas rare du reste de trouver sur un même foie des lésions de divers âges, de même qu'il n'est pas rare en clinique de voir se former successivement plusieurs abcès que l'on est parfois assez heureux pour ouvrir l'un après l'autre au moment opportun. Or, quand ces abcès successifs, au lieu d'avoir été évacués, ont pu subir ces transformations favorables qui aboutissent au nodule caséeux et à la cicatrice, si à ce moment de nouveaux foyers nécrobiotiques ou ulcératifs emportent le malade, on rencontrera à l'autopsie sur le même sujet, tous les types échelonnés que nous avons décrits. C'est précisément ce que nous avons observé d'une façon très complète dans un cas qui mérite d'être rapporté en détail.

Observation VII (1). — Martet, soldat âgé de 25 ans, arrivé le 2 février 1891 du Tonkin, où il avait eu la dysenterie, présente un abcès du foie opéré. L'ouverture a été faite, d'urgence, à bord du transport le 28 janvier, par M. le Dr Esclangon. L'abcès siégeant au lobe gauche et vers la face convexe, une incision de quatre à cinq centimètres a été pratiquée sur la ligne médiane juste au dessous de l'appendice xiphoïde. Il s'est écoulé un litre de pus. L'hépatite date de quatre mois ; la dysenterie est plus ancienne ; il y a eu aussi un peu de paludisme.

9 Février. — Malgré l'antisepsie, l'état de la plaie est mauvais ; l'incision est trop étroite ; la matité hépatique se prolonge ainsi qu'une vive douleur et de l'œdème, dans l'hypochondre gauche. Etat général mauvais, fièvre, diarrhée abondante.

On pratique un débridement de l'incision sur ces deux commissures, particulièrement à gauche. L'exploration avec le doigt montre une vaste poche, s'étendant sous les côtes gauches, et dont sortent à flots du pus, des détritus et même de volumineux fragments de tissu hépatique graisseux, ou nécrosé. En outre on rencontre plusieurs diverticules au fond desquels on s'efforce de placer deux drains.

Malgré tout, l'état du malade devient de plus en plus mauvais, la température persiste à 39°. L'urine, dont il rend 500 gr. à peine par jour, contient pour cette quantité 8 à 9 gr. d'urée.

Le 11 février je concentre mon attention sur un élargissement du 8me espace intercostal droit. Il n'y a à ce niveau aucune douleur ; mais l'élargissement de l'espace et une certaine voussure molle, que d'autres

(1) Inédite.

médecins ne perçoivent point me font soupçonner un abcès. L'état extrême du malade contrindique toute intervention. La mort survient le 12 février.

Autopsie. — Rien dans la *cavité thoracique* si ce n'est une pleurésie adhésive dans la région diaphragmatique de la plèvre au point qui correspond à la convexité du lobe droit du foie.

La *cavité abdominale* ne contient pas de liquide, mais quelques traces d'inflammation adhésive localisées dans la région hépatique : adhérences faibles, glutineuses entre le bord du foie, le colon, et la paroi abdominale, adhérences très fortes à la partie supérieure du lobe droit, qui correspond à la pleurésie diaphragmatique signalée ci-dessus, enfin adhérences assez solides au lobe gauche autour de la plaie chirurgicale. Le foie, très-volumineux (3 k. 120), recouvre complètement l'estomac et s'étend jusqu'à la rate à laquelle il adhère.

En rompant cette adhérence à la rate, on voit s'écouler une grande quantité de pus. Au niveau de cette perte de substanee était le fond de la cavité ouverte chirurgicalement. La rate était exulcérée par le pus. On rencontre quatre abcès principaux et quelques autres lésions secondaires.

A — Dans le lobe gauche le grand abcès ulcératif ouvert chirurgicalement. C'est une cavité anfractueuse plus grosse que le poing, avec diverticules multiples, sinueux, compliqués, qui sillonnent le lobe de nombreuses galeries. Cette première cavité communique par des diverticules avec une seconde poche identique, plus profonde, et que nous avons dit s'étendre jusqu'à la rate.

A l'intérieur flottent des fragments hépatiques prêts à se détacher, à demi nécrosés, souvent convertis en masses caséeuses, et analogues à des fragments expulsés pendant la vie. Dans certains culs-de-sac de cet abcès existent des coagulations blanches, moulées sur ces anfractuosités, et que le microscope a montrées être formées de fibrine pure, sans doute d'origine hémorrhagique. Nulle part la paroi n'est fermée par une membrane organisée.

Outre ces deux grands abcès, fusionnés en un seul, le lobe gauche comprend un grand nombre de petites cavernes contenant soit du pus chocolat, soit des coagulum grisâtres.

B — Dans le lobe droit, près de la ligne médiane, un abcès en formation, à l'état *nécrosique*, gros comme une mandarine, contenant une matière pulpeuse, collante, non encore liquéfiée, ne s'écoulant pas à la coupe, mais restant comme figée au milieu d'un tissu pâli. Cette bouillie est réellement, ainsi que le microscope l'a démontré, du tissu hépatique nécrobiosé, qu'aucune membrane ne sépare du reste de l'organe, et autour duquel le parenchyme est en état de dégénérescence granulo-graisseuse.

C — A la partie supérieure du foie une caverne grosse comme une noix contient du pus crémeux, bien lié, homogène, jaune et sans odeur. La loge est ovoïde, très régulière, lisse, et formée d'une coque fibreuse fort

épaisse. Celle-ci est fortement soudée au tissu hépatique, qui est pâle, scléreux et comme froncé autour de cet abcès. Du côté du diaphragme, la paroi de l'abcès n'est constituée que par la capsule de Glisson épaissie, à laquelle adhère le diaphragme. L'inflammation adhésive a soudé en ce point la capsule de Glisson, les deux feuillets du péritoine, le diaphragme et les deux feuillets de la plèvre.

L'examen microscopique montre que ce sont là des adhérences fibreuses, très bien organisées, ce qui établit l'ancienneté de ce foyer enkysté.

D — Non loin de là une *cicatrice* déprimée apparaît à la surface du foie, et à la coupe on y aperçoit quatre à cinq points jaunes de la grosseur d'un pois. Ces points jaunes sont de petites masses caséeuses, durcies, logées dans une cicatrice dense et pigmentée où le microscope fait voir des lobules hépatiques aplatis, et des vaisseaux anciens sclérosés et oblitérés. Ces lésions sont manifestement des reliquats d'anciens abcès comblés.

E — Enfin un *grand abcès enkysté* siège à la grosse extrémité du lobe droit. Du volume d'une belle orange, il est semblable à l'abcès C par la régularité, le contenu, l'aspect des enveloppes, et la situation superficielle. Du côté de la surface la paroi est formée uniquement de la capsule de Glisson épaissie ; mais il n'y a aucune adhérence à ce niveau. Cet abcès faisait saillie à la convexité du foie, et correspondait à cette voussure aperçue avant la mort dans le 8me espace intercostal élargi.

Inutile d'ajouter que l'intestin était criblé d'ulcérations.

Ainsi dans cette autopsie se trouvent réunies comme à souhait toutes les lésions qu'on a pu décrire dans l'hépatite suppurée. L'énorme dévastation produite par les abcès ulcératifs du lobe gauche a amené la mort, tandis que les abcès enkystés, caséeux et cicatriciels semblaient ne plus mettre en danger le malade ; mais une nouvelle poussée d'hépatite venait de se déclarer, et l'abcès nécrosique récent, non encore liquéfié, de la partie médiane, indiquait que la série des embolies microbiennes continuait à être expédiée, à coups redoublés, par la suppuration de la surface intestinale.

Nous arrivons ainsi à cette conclusion que quelques-uns trouveront excessive : il n'existe qu'une seule espèce *anatomique* d'abcès du foie. Tous les types décrits par les auteurs et par nous-mêmes en sont des variétés évolutives ; et la chose est tellement évidente pour les hépatites dysentériques que nous ne pensons pas qu'on puisse soulever d'objection à ce sujet. Mais il reste cette variété exceptionnelle que divers écrivains, et en particulier les Anglais, regardent comme étrangère à la dysenterie, et

qu'ils appellent l'*abcès tropical*. S'il est vrai que la suppuration puisse éclater dans le foie, spontanément, sans embolie massive ou capillaire, sans ulcération intestinale, faut-il en déduire qu'à l'origine cette suppuration ne dérive pas d'un processus nécrobiotique ? En d'autres termes n'y a t-il pas d'autre processus nécrobiotique que celui de l'embolie microbienne ? La chose ne nous paraît pas impossible ; et en fait dans les exemples très rares où l'ulcération intestinale avait fait défaut, nous n'en avons pas moins trouvé des abcès du foie présentant tous les caractères de la nécrobiose liquéfiée. Tel le nommé Morain (obs. XXXVI) et M. D... (obs. CXVI), récemment opéré pour un abcès idiopathique sans cause connue.

Dans ces deux cas les parois de l'abcès portaient des franges de tissu ayant subi la dégénérescence graisseuse, ou même la nécrobiose fibrinoïde complète ; dans les deux cas aussi, l'examen du pus et les cultures ont démontré l'existence du staphylococcus pyogenes.

Ainsi, pour ceux qui persistent à admettre cette variété pathogénique spéciale, nous la déclarons identique à l'abcès dysentérique tant au point de vue de l'anatomie, qu'à celui de la bactériologie.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Les causes de l'inflammation suppurative du foie peuvent être réparties en quatre classes principales : 1° Causes hygiéniques; 2° Causes somatiques; 3° Causes pathologiques ; 4° Causes accidentelles.

I. — Causes hygiéniques.

Elles ont pour trait commun d'être d'origine externe et de provenir du milieu cosmique ou social. Ce sont celles qui figuraient dans les anciens livres d'hygiène sous les titres : *circumfusa*, *acta*, etc.

Le groupe qu'elles constituent comprend 8 subdivisions : 1° Influences météoriques ou climatiques; 2° Influences telluriques; 3° Aliments et boissons ; 4° Excès et ivrogneries ; 5° Professions ; 6° Hygiène défectueuse des fonctions d'excrétion; 7° Impressions morales; 8° Durée du séjour dans les milieux d'endémicité.

1° *Influences météoriques ou climatiques.* — Les conditions élémentaires d'électricité, de pression atmosphérique, d'humidité et de température qui caractérisent la climatologie des pays chauds, jouent, dans l'étiologie de l'hépatite suppurative, un rôle rendu évident par le fait que les grands foyers d'endémicité de cette maladie appartiennent à la zone inter-tropicale.

Leur action pathogénique peut s'exercer de deux manières : en activant la décomposition des matières organiques au sein desquelles s'accomplit l'évolution des agents microbiens; en

infligeant au foie et, peut-être, à l'intestin lui-même, des modifications fonctionnelles ou structurales qui préparent le terrain à l'invasion des germes morbifiques et rendent ces organes vulnérables par les causes directes ou déterminantes de l'inflammation infectieuse dont ils peuvent être affectés.

Une doctrine classique jusqu'à ces dernières années, voulait que le foie fût toujours en imminence morbide, dans les pays chauds, parce qu'il y est surmené, étant obligé, en quelque sorte, de travailler pour deux, pour lui et pour le poumon qui, empruntant moins d'oxygène au milieu aérien dilaté par la chaleur, rejette, par l'expiration, moins d'acide carbonique. De là, dans les tissus, un excès de carbone qui doit être brûlé par le foie devenu, ainsi, le *vicaire* du poumon, ou, comme on l'a dit encore, *le poumon des pays chauds.*

Cette théorie, fondée sur ce que Collas et Corre ont appelé le *jécorisme*, ne tient pas, un seul instant, en présence de cette donnée de l'observation physiologique : l'accélération du rythme respiratoire, compensant l'insuffisance de la teneur de l'air en oxygène (1).

L'hypothèse d'une suractivité fonctionnelle de l'appareil hépatique chargé de transformer, en matière colorante biliaire, les déchets des globules rouges du sang plus rapidement usés par le climat tropical, aurait été, pour elle, un argument plus solide; mais voilà qu'à son tour, ce point d'appui va lui manquer, si les conclusions des recherches hématimétriques et hémochromométriques de Marestang (2) admettant une élévation du chiffre des globules rouges et de l'hémoglobine du sang, dans les pays chauds, sont confirmées par des travaux ultérieurs.

L'explication qui, depuis un mémoire de M. Layet (3) tend à prévaloir, aujourd'hui, en pathologie exotique, celle qu'adoptent Nielly et Corre, est que le foie, sous l'influence prolongée de la chaleur atmosphérique, subit un amoindrissement fonctionnel qui finit par entraîner une stase sanguine et biliaire permanente, état qui nous paraît correspondre, plus ou moins exactement, à celui que les anciens nommaient *imbecilitas Jecoris* et que les médecins anglais de l'Inde ont appelé *torpeur du foie.*

(1) Jousset. *De l'acclimatement et de l'acclimatation.* Arch. de méd. nav. 1883, t. LX.

(2) *De l'hyperglobulie physiologique des pays chauds.* Rev. de méd. 1890.

(3) *Études d'hygiène intertropicale.* Arch. de méd. nav. 1877.

Quel qu'en soit le mécanisme, l'action des climats chauds sur le foie est bien réelle : ces climats sont, pour l'hépatite, une cause prédisposante énergique et redoutable.

Mais il ne faudrait pas inférer, de cette proposition, qu'ils représentent un agent étiologique à intervention constante, nécessaire et toujours suivi d'effets pathologiques.

Pour nous convaincre du contraire, considérons les plus importants des éléments climatiques : la température et l'humidité.

Tous les pays dans lesquels l'hépatite suppurative est endémique appartiennent à la zone chaude du globe ; mais tous les pays chauds ne sont pas des foyers de suppuration hépatique. D'autre part, la fréquence de cette affection dans les diverses localités des régions inter-tropicales, est loin d'être proportionnelle au degré de leur température annuelle moyenne. C'est ainsi qu'en Cochinchine où cette température atteint 28°11 (Dutroulau), l'hépatite est moins commune qu'au Sénégal qui a, pour température annuelle moyenne, 23°8 à Gorée et 23°2 à St-Louis (Borius) ; qu'à la Guadeloupe où la moyenne n'excède pas 26°6 (Dutroulau) et qu'à Shanghaï où elle n'atteint même pas 16 degrés.

D'ailleurs, nous avons vu, précédemment (tableaux XXI et XXII), que sa fréquence est moindre à Gorée qu'à St-Louis, et nous savons que Bangalore qui, sous le rapport de la morbidité par hépatite, occupe le troisième rang dans la statistique du tableau IX, est, de tous les postes militaires de la présidence de Madras, celui dont la température moyenne (74° F. ou 23°3 C.) est la plus basse (1).

L'*humidité atmosphérique* est, comme l'excès de chaleur, un facteur étiologique important, mais contingent et secondaire. Le climat d'un grand nombre de régions où l'hépatite règne endémiquement est très chaud et très humide. Cette constatation faite, il convient de remarquer qu'aux Antilles et dans l'Inde, où la suppuration du foie est très souvent observée, l'atmosphère n'est

(1) J. Mouat (*On the Climate of Bangalore*, etc.), écrit qu'avant la découverte des *Neilgherries*, Bangalore passait pour le *Montpellier* de la Présidence de Madras, en raison de la salubrité et de la délicieuse fraîcheur de son climat.

Les médecins anglais abusent de cette métaphore climatologique. Lind (op. cit. t. I. p. 118) dit que « Manille, dans l'île de Luçon, peut être regardée, avec raison, comme le *Montpellier* de tous les établissements Européens dans cette partie du monde (Indes Orientales). » Un peu plus loin (p. 127) il appelle l'île de Wight « ce *Montpellier* de la Grande-Bretagne. »

pas plus chargée de vapeur d'eau qu'à la Guyane où cette affection est rare. St-Louis et Gorée sont beaucoup moins humides que Cayenne ; Aden, contrée aride et brûlée du soleil, a une morbidité supérieure à celle de Poona et de Deesa dans la Présidence de Bombay (tableau VI), et, comme l'a noté M. Rendu, l'Algérie, pays très sec, est tributaire de l'hépatite dans une plus forte proportion que nombre de régions inter-tropicales dont l'air et le sol sont saturés.

Ainsi, les climats chauds peuvent prédisposer à l'hépatite; mais leurs éléments fixes (chaleur, état hygrométrique, etc.), ne paraissent pas suffire à l'engendrer de toutes pièces, par la continuité de leur action.

La plupart des auteurs ont attaché plus d'importance aux *variations thermométriques*, comme causes de l'inflammation suppurative du foie. Ils ont, après Thévenot, attribué à cette condition la fréquence de l'hépatite purulente au Sénégal et rapporté l'immunité relative de la Guyane à la parfaite égalité du régime météorologique de cette colonie (1). Mais, ici encore, que d'exceptions, que de faits contraires à la théorie! Par exemple, la marche de la température beaucoup plus uniforme et régulière aux Antilles qu'en Cochinchine ; des écarts nycthéméraux très accusés à Mayotte où l'hépatite n'est même pas endémique ; et, dans une même région, sur la côte de Coromandel : Karikal, Pondichéry et Madras, les abcès du foie prédominant dans cette dernière ville, alors que les deux premières en sont à peu près indemnes !

Nous croyons, cependant, que les oscillations thermométriques, brusques et étendues, ne sont pas sans influence sur la genèse de l'hépatite. Les *Saisons*, étudiées dans leurs rapports avec le mouvement nosocomial, nous semblent fournir, à l'appui de cette manière de voir, de très sérieux arguments.

Annesley admettait que dans l'*Inde*, la fréquence de l'hépatite est proportionnelle au degré thermométrique moyen des localités. Mais son opinion n'a pas prévalu, tant sont nombreux les exemples qui lui donnent un démenti.

(1) L'amplitude des variations nycthémérales ne dépasse pas 6°3 et l'écart entre les températures extrêmes observées dans le courant de l'année ne va pas au-delà de 10 degrés. La différence entre la température moyenne du mois le plus chaud (Octobre) et du mois le moins chaud (Janvier), n'est que de 1°3. Il est rare qu'à 6 heures du matin, la température descende au-dessous de 21°. Ce fait ne se produit qu'une fois tous les trois ou quatre ans. Il est rare aussi qu'à une heure de l'après-midi, la température atteigne 31° (Orgeas, op. cit.)

D'après Webb, les *maladies de foie* ont, dans la Présidence de *Bombay* :

1° *Leur maximum de fréquence* : en Janvier, à Bombay.
en Mai, à Poona.
en Juin, à Belgaum.
en Mars, à Deesa et Aden.

2° *Leur minimum de fréquence* : en Octobre, à Bombay et Aden.
en Novembre, à Poona et Belgaum.
en Janvier, à Deesa.

3° *Leur mortalité maxima* : en Décembre, à Bombay.
en Mai et Décembre, à Poona.
en Juillet, à Belgaum et Aden.
en Octobre, à Deesa.

4° *Leur mortalité minima* : en Novembre, à Bombay et Poona.
en Mai et Novembre, à Belgaum.
en Janvier, à Deesa.
en Août et Septembre, à Aden.

Au total, et pour chaque poste militaire en particulier, Poona et Belgaum exceptés, leur *gravité*, estimée d'après le pour cent des décès aux entrées, est *maxima* dans la moitié la *moins* chaude de l'année (tableau XXXVI).

Tableau XXXVI. — Gravité comparée des maladies hépatiques, d'une moitié à l'autre de l'année, dans les postes militaires de la présidence de Bombay (H. Webb).

POSTES MILITAIRES	POUR CENT DES DÉCÈS AUX ENTRÉES	
	d'Avril à Septembre	d'Octobre à Mars
Bombay	6.5	8.1
Poona	5.6	5.2
Belgaum	3.0	2.7
Deesa	6.7	10.5
Aden	5.9	8.4
Moyenne	5.1	6.4

Pour Morehead (1), l'hépatite a son maximum de fréquence en février et en mars, à Bombay ; viennent ensuite, par ordre décroissant : Novembre, décembre et janvier. Sa statistique (tableau XXXVII) démontre que telle est, en effet, la répartition saisonnière de la maladie en question, dans cette ville.

Tableau XXXVII. — Fréquence comparée de l'hépatite, aux différentes saisons, à Bombay (Morehead).

MOIS	CARACTÉRISTIQUE MÉTÉOROLOGIQUE	POUR CENT DES ENTRÉES POUR HÉPATITE AU TOTAL DES ENTRÉES	
		Hôp. général Européen	Jamsetjee Jejehboy hosp.
Février et mars	Mois de transition.	4.8	2
Novembre-décembre-janv.	Mois froids	3.8	1.7
Avril et mai.	Mois chauds. . . .	3.4	1.6
Septembre-octobre	Mois de transition.	3.2	1
Juin-juillet-août.	Mois pluvieux. . .	2.9	1.4
Proportion annuelle. . . .	. . . .	3.7	1.5

Ainsi, l'inflammation du foie a de plus nombreuses manifestations en février et en mars qu'à toute autre époque de l'année. Or, ces mois ne sont pas ceux des plus hautes températures. Ils sont intermédiaires à la saison fraîche et à la saison des fortes chaleurs, constituent, suivant l'expression de Morehead, des mois de *transition* et présentent, probablement, les écarts thermométriques les plus marqués.

Les tableaux XXXVIII et XXXIX, empruntés au même auteur, donnent des indications confirmatives des précédentes, quant au *premier maximum* qui ne cesse pas de coïncider avec le mois de février, dans les deux hôpitaux de Bombay, bien que l'un de ces tableaux concerne l'hépatite aiguë et chronique, l'autre étant relatif aux affections aiguës du foie. Le *premier minimum* est en juillet, à l'hôpital général Européen ; il est reporté en octobre au Jamsetjee Jejeebhoy hospital. Le groupement des chiffres

(1) Op. cit, t. II.

par séries de trois mois, montre que, dans l'un et l'autre hôpital, la fréquence *maxima* appartient au premier trimestre, et que la fréquence minima caractérise le second.

Tableau XXXVIII (1). — Morbidité et mortalité mensuelles et trimestrielles, par hépatite et dysenterie, à l'Hôpital-Général européen de Bombay, pour la période de 15 ans (1838-1853), d'après Morehead.

MOIS	Total des entrées	Total des décès	Hépatite aiguë et chronique					DYSENTERIE				
			Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès	Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pr dysenterie	Pour cent au total des décès
Janvier.	1.616	128	77	4.76	12	15.58	9.37	185	11.44	46	24.97	35.93
Février.	1.296	85	69	5.32	16	23.18	18.82	81	6.25	25	30.86	29.41
Mars.	1.431	97	64	4.47	6	9.37	6.18	93	6.49	20	21.50	20.61
1er Trimestre	4.343	310	210	4.83	34	16.19	10.96	359	8.26	91	25.34	29.35
Avril.	1.607	97	66	4.10	8	12.12	8.24	95	5.91	20	21.05	20.61
Mai.	1.961	134	57	2.90	5	8.49	6.73	90	4.58	15	16.16	11.19
Juin.	2.067	113	55	2.66	7	12.72	6.19	120	5.80	18	15 »	15.92
2e Trimestre.	5.635	344	178	3.15	20	11.23	5.81	305	5.41	53	17.37	15.40
Juillet.	1.926	106	42	2.18	2	4.76	1.88	161	8.35	23	14.28	21.69
Août.	1.650	88	61	3.69	4	6.55	4.54	117	7.09	17	14.52	19.31
Septemb.	1.360	99	53	3.89	18	33.96	18.18	85	6.25	20	23.52	12.12
3e Trimestre.	4.936	293	156	3.160	24	15.37	8.19	363	7.35	60	16.52	20.47
Octobre.	1.722	88	48	2.78	6	12.5	6.81	92	5.34	16	17.39	18.18
Novemb.	1.768	108	49	2.77	7	14.28	6.48	158	8.90	20	12.65	18.51
Décemb.	1.743	146	70	4.01	11	15.71	7.53	214	12.27	49	22.89	33.56
4e Trimestre.	5.233	342	167	3.19	24	14 37	7.01	464	9.02	85	18.31	25.60
Total.	20.147	1.289	711	3.52	102	14.31	7.91	1.491	7.40	289	19.38	22.42

NOTA. — *Dans ce tableau et les suivants, les maxima sont indiqués par* ‿; *les minima par* ⌴.

Considérons, maintenant, la présidence de *Madras*. C'est par la brusquerie et l'amplitude des écarts nycthéméraux du thermomètre à Bangalore, que l'ouvrage intitulé : « *Medical topography and statistics of the Présidency of Madras* » explique le taux élevé de la morbidité due à l'hépatite dans cette localité. « Les Indes *Occidentales*, composées d'archipels, jouissent d'une égalité de température inconnue sur les continents : les vicissitudes climatériques y sont peu accusées ; les jours et les nuits étant également accablants. Mais, sur le continent de l'Inde, les changements sont grands et très frappants pour quiconque a séjourné dans l'autre hémisphère. Une chaude et accablante journée y est, fréquemment, précédée d'un vent froid le matin, ou suivie de soirées fraîches à donner le frisson (chilly). C'est, en particulier, le cas du climat de Bangalore ou de Mysore, et c'est à cette circonstance que l'on peut attribuer la fréquence avec laquelle s'y montre l'hépatite aiguë. Que l'excès de chaleur ne peut en être la seule cause, c'est prouvé par ce fait que la température moyenne de l'île de la Jamaïque qui, d'après les observations d'une période étendue, se trouve être de 75° F, est la même que celle de Bangalore. »

Il existe, à Madras, entre les manifestations de l'hépatite et les oscillations du thermomètre, une relation établie par les chiffres du tableau XL, dont les matériaux sont tirés d'un mémoire de W. Geddes (1), où l'auteur a consigné, en les disposant par mois et par années, de 1828 à 1833, la statistique régimentaire du 1er Fusiliers Européen de Madras (Hon. East India Company), et des tableaux météorologiques rigoureusement correspondants.

Analysons rapidement ce document médical :

En 1828-29, c'est le mois de mars qui présente le plus fort écart entre la température moyenne la plus basse et la température la plus élevée : la fréquence maxima de l'hépatite est en avril. En 1829-30, l'écart thermométrique maximum (17°7) survient en février : le mois de mars est celui qui compte le plus d'entrées pour hépatite. Donc, deux fois, l'hépatite a sa plus grande fréquence dans le mois qui *suit* celui des plus fortes oscillations.

(1) On *abscess of the liver in European subjects at the Madras Presidency*. Transact. of the med. and physic. soc. of Calcutta, vol. VI. 1833.

Tableau XXXIX. — Morbidité et mortalité mensuelles et trimestrielles, par affections aiguës du foie et dysenterie, au Jamsetjee Jejeebhoy hosp. de Bombay, pour la période de six ans (1848-53), d'après Morehead.

MOIS	Total des entrées	Total des décès	AFFECTIONS AIGUES DU FOIE					DYSENTERIE (seule)					DYSENTERIE ET DIARRHÉE				
			Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour affections aiguës du foie	Pour cent au total des décès	Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour dysenterie	Pour cent au total des décès	Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	Pour cent au total des décès
Janvier. .	2.090	450	24	1.15	1	4.2	0.2	120	5.7	49	40.8	10.9	222	10.6	90	40.3	20
Février. .	1.894	319	32	1.7	2	6.3	0.7	93	4.9	26	27.9	8.1	158	8.3	56	35.5	17.55
Mars . . .	2.149	386	20	0.9	1	5.0	0.3	65	3.02	34	52.3	8.8	122	5.6	73	59.8	18.91
1er trimestre	6.133	1.155	76	1.2	4	5.2	0.3	278	4.5	109	39.2	9.4	502	8.1	219	43.6	18.96
Avril. . .	2.105	343	18	0.9	0	»	»	73	3.4	35	47.9	10.2	146	6.9	57	39.04	16.61

Juillet . .	2.020	306	11	0.6	0	»	»	129	6.3	55	42.6	14.7	251	12.4	99	39.4	32.35
Août . . .	1.999	328	23	1.2	8	34.8	2.4	118	5.9	46	38.9	14.03	228	11.4	107	46.9	32.62
Septembre	2.062	311	7	0 28	2	28.6	0.6	99	4.8	44	44.4	14.1	190	9.2	77	40.5	24.75
3e trimestre	6.081	945	41	0.67	10	24.3	1.05	346	5.6	145	41.9	15.3	669	11.0	283	42.2	29.94
Octobre. .	2.134	339	5	0.2	0	»	»	75	3.5	36	48.0	10.6	186	8.7	76	40.8	22.41
Novembre.	2.167	331	19	0.9	4	21.0	1.2	102	4.7	37	36.2	11.2	195	8.9	67	34.3	20.24
Décembre.	2.304	397	26	1.12	4	15.4	1.01	154	6.6	49	31.8	12.3	258	11.1	85	32.9	21 41
4e trimestre	6.605	1.067	50	0.7	8	16	0.7	331	5.01	122	36.8	11.4	639	9.6	228	35.6	21.36
Total. .	25.190	4.104	208	0.8	23	11.06	0.6	1.201	4.7	474	39.4	11.5	2.305	9.1	899	39.0	21.90

TABLEAU XL.— Observations thermométriques mensuelles à Madras et statistique de l'hépatite, au 1er régiment européen d'infanterie (H. C.), pendant la période 1828-1833, d'après W. Geddes (1).

ANNÉES	MOIS	TEMPÉRATURES MOYENNES					Effectif	Total des Entrées	Total des décès	HÉPATITE					
		Au lever du soleil en plein air	à 2 h. 1/2 de l'après-midi	à 8 h. 1/2 du soir	Moyenne générale	Ecart entre la moyenne la plus élevée et la plus basse				Entrées	Pour cent à l'effectif	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès
		DEGRÉS	DEGRÉS	DEGRÉS	DEGRÉS	DEGRÉS									
1828-1829	Juillet 1828	25 2	30.2	28.8	28.1	4.9	520	117	4	4	0.76	3.41	0	»	»
	Août	25.8	30.2	29.4	28.4	4.4	506	113	11	3	0.59	2.65	3	100	27.22
	Septembre	25	28.6	27.7	27.1	3.6	505	113	6	1	0.19	0.88	1	100	16.66
	Octobre	24.7	28.6	27.7	27	3.9	622	151	2	1	0.16	0.66	0	»	»
	Novembre	22.5	26.9	26.1	25 1	4.4	613	139	0	7	1.14	5.03	0	»	»
	Décembre	18.6	26.1	25 2	23.3	7.5	615	122	3	6	0.97	4.91	1	16.66	33.33
	Janvier 1829	17.2	26.1	24.7	22.6	8 9	618	129	1	9	1.45	6.51	0	»	»
	Février	16.9	26.1	25	22 6	9.2	618	101	0	3	0.48	2.97	0	»	»
	Mars	20 5	30	27.7	26.6	9.5	611	110	1	5	0.81	4.51	0	»	»

1829-1830	Juillet 1829	26.9	31.1	29.7	29.2	4.2	601	107	3	8	1.33	7.47	0	»	»
	Août	26.3	30	28.8	28.3	3.7	623	153	3	10	1.60	6.53	1	10	33.33
	Septembre	26.6	31.6	30	29.4	5	623	108	2	5	0.90	4.62	0	»	»
	Octobre	26.3	30.5	29.1	28.6	4.2	621	97		5	0.80	5.15		»	»
	Novembre	23.	28 8	27.5	26.6	5.2	620	92	3	5	0.80	5.43	1	20	33.33
	Décembre	21.3	28.7	25.6	25.2	7.4	615	72	0	1	0 16	1.38	0	»	»
	Janvier 1830	12.5	28 6	23.3	21.4	16.1	585	96	7	4	0.68	4.16	0	»	»
	Février	15	32.7	25.8	24.5	17.7	567	62	1	2	0.39	3.22	0	»	»
	Mars	20	32.2	27.2	26.4	12.2	566	108	1	16	2.82	14.81	0	»	»
	Avril	21.1	32.5	31.1	29.2	8.4	562	122		7	1.24	5.73	0	»	»
	Mai	28.0	32.7	32.5	31.0	4.7	562	115	2	3	0.53	2.60	0	»	»
	Juin	27.7	32.7	32.2	30.8	5	557	110	1	2	0.35	1.81	0	»	»

(1) N. Les degrés Farenheit ont été convertis en centigrades.

TABLEAU XL *(suite)*. — Observations thermométriques mensuelles à Madras et statistique de l'hépatite, au 1er régiment européen d'infanterie (H. C.), pendant la période 1828-1833, d'après W. Geddes (1).

ANNÉES	MOIS	TEMPÉRATURES MOYENNES					Effectif	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE					
		Au lever du soleil en plein air	à 2 h. 1/2 de l'après-midi	à 8 h. 1/2 du soir	Moyenne générale	Ecart entre la moyenne la plus élevée et la plus basse				Entrées	Pour cent à l'effectif	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès
		DEGRÉS	DEGRÉS	DEGRÉS	DEGRÉS	DEGRÉS									
1830-31	Juillet 1830	25.2	29.1	28.3	27.5	3.9	556	103	1	2	0.35	1.94	0	»	»
	Août	24.7	28.8	28.0	27.1	4.1	554	123	1	5	0.90	4.06	0	»	»
	Septembre	24.4	29.1	28.3	27.2	4.7	553	212	1	7	1.26	3.30	0	»	»
	Octobre	21.1	28.8	28.3	26.0	7.7	551	155	4	2	0.36	1.29	1	50	25
	Novembre	12.2	25	23.6	20.2	12.8	548	95	0	2	0.36	2.10	0	»	»
	Décembre	11.1	22.7	21.3	18.3	11.6	547	78	0	2	0.36	2.56	0	»	»
	Janvier 1831	11.6	22.7	20.8	18.3	11.1	539	72	1	1	0.18	1.38	1	100	100
	Février	16.6	24.7	23.6	21.6	8.1	526	95	0	2	0.38	2.10	0	»	»
	Mars	20.8	26.9	26.4	24.7	6.1	536	90	1	10	1.86	11.11	0	»	»

1831-32	Juillet 1831	25 5	30.2	29.5	28.4	4.7	526	122	3	9	1.71	7.37	0	»	»
	Août	24.1	27.7	27.2	26.3	6.6	523	195	3	4	0.76	2.05	0	»	»
	Septembre	24.1	28.0	27.5	26.5	3.9	520	226	5	6	1.15	2.65	0	»	»
	Octobre	20.1	27.5	27.2	24.7	7.4	514	208	11	5	0.97	2.40	1	20	9.09
	Novembre	14.7	23 6	22.7	20.3	8.9	502	137	2	3	0.59	2.18	1	33.33	50
	Décembre	17.2	22.5	22.2	20.6	5.3	500	116	0	3	0.6	2.58	0	»	»
	Janvier 1832	11.3	20.8	20.2	17.4	9.5	496	73	2	5	1.00	6.84	2	40	100
	Février	15	23.3	21.9	20.0	8.3	494	54	0	9	1.82	15.25	0	»	»
	Mars	16.9	26.6	25	22.8	9.7	494	78	2	2	0.40	2.56	0	»	»
	Avril	23.8	33.8	30.8	29.4	10	492	106	1	2	0.40	1.88	0	»	»
	Mai	26.4	36.1	32.7	31.6	9.7	488	115	1	4	0.81	3.47	1	25	100
	Juin	27.5	34.4	31.1	31.0	6.9	486	115	1	5	1 03	4.34	0	»	»

(1) Les degrés Farenheit ont été convertis en centigrades.

TABLEAU XL *(suite et fin)*. — Observations thermométriques mensuelles à Madras et statistique de l'hépatite. au 1er régiment européen d'infanterie (H. C.), pendant la période 1828-33, d'après W. Geddes (1).

ANNÉES	MOIS	TEMPÉRATURES MOYENNES					Effectif	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE					
		Au lever du soleil en plein air	à 2 h. 1/2 de l'après-midi	à 8 h. 1/2 du soir	Moyenne générale	Écart entre la moyenne la plus élevée et la plus basse				Entrées	Pour cent à l'effectif	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès
		DEGRÉS	DEGRÉS	DEGRÉS	DEGRÉS	DEGRÉS									
1832-33	Juillet 1832	24.1	28.8	28.6	26.5	6.6	485	131	3	2	0.41	1.65	0	»	»
	Août	23.0	26.4	26.3	25.2	3.4	482	147	7	2	0.41	1.36	0	»	»
	Septembre	22.2	27.7	27.2	25.7	5.5	475	110	2	3	0.63	2.72	0	»	»
	Octobre	19.4	27.5	26.9	21.6	8.1	471	109	2	1	0.21	0.91	1	100	50
	Novembre	14.7	24.7	24.1	21.1	10	466	101	0	3	0.64	2.97	0	»	»
	Décembre	12.5	22.5	21.6	18.8	10	466	108	2	5	1.07	4.62	0	»	»
	Janvier 1833	12.7	22.7	22.2	19.2	10	458	95	2	4	0.87	4.21	0	»	»
	Février	15	25.5	21.4	21.6	10.5	456	81	0	5	1.04	6.14	0	»	»
	Mars	20	29.4	28.8	25.8	9.4	456	91	1	2	0.43	2.19	0	»	»

1828-33 RÉCAPITULATION ET MOYENNE														
Juillet.	25.4	29.8	23.9	28.0	4.4	2 688	570	14	25	0.93	4.38	0	»	»
Août.	21.7	23.6	27.6	26.9	3.9	2.688	731	25	26	0.96	3.55	4	15 38	16
Septembre.	21.4	29	28.1	27.1	4.6	2.676	769	16	22	0.82	2.86	1	4.54	6.25
Octobre	22.3	28.5	27.8	26.2	6.2	2.779	720	19	14	0.50	1.94	3	21.42	15.78
Novembre	17.5	25.8	24.8	21.7	8.3	2.749	561	5	20	0.72	3.54	2	10	40
Décembre	16.1	24.9	23.1	21.3	8.8	2.743	596	5	17	0.61	2.85	1	5.88	20
Janvier	13.6	24.1	22.2	19.9	10.5	2.696	465	13	23	0.85	4.94	3	13.04	23.07
Février	15.7	26.4	24.1	22.6	10.7	2.661	398	1	21	0.78	5 27	0	»	»
Mars.	19.6	29.0	27.0	25.2	9.4	2.663	477	6	35	1.31	7.33	0	»	»
Avril	24.4	32.9	30.8	29.3	8.5	2.638	601	8	26	0.98	4.32	2	7.69	25
Mai	28.3	34.6	32.8	31.9	6.3	2.624	597	7	25	0.95	4.18	2	8	28.57
Juin.	27.9	33.6	31.6	31.0	5.7	2.617	616	11	34	0.91	3.89	3	12.5	21.42

(1) N. Les degrés Farenheit ont été convertis en centigrades.

En 1830-31, ce rapport n'existe plus; le chiffre des entrées pour hépatite est encore supérieur en mars, mais c'est à novembre qu'appartiennent les variations les plus marquées. En 1831-32 même discordance; maximum de l'hépatite en février, maximum de l'écart météorologique en avril.

En 1832-33, la relation reparaît. Les oscillations les plus accusées ont lieu au mois d'avril: c'est le mois de mai qui présente le plus d'entrées pour hépatite. Au total, enfin, c'est-à-dire pendant toute la période 1828-33, les écarts thermométriques ayant leur maximum en *février*, la fréquence de l'hépatite est maxima au mois de *mars*.

Ainsi, quatre fois sur six, l'hépatite s'est montrée, *régulièrement*, consécutive au mois pendant lequel se sont produites les plus grandes variations de la colonne thermométrique.

En *Cochinchine*, de 1863 à 1867 inclus, l'hépatite a présenté son maximum de fréquence, dans le *troisième* trimestre (Tableau XLI).

Cependant, dans cette colonie, les mois de mars et avril sont les plus chauds, alors que, d'après Dutroulau, « tous les comptes rendus s'accordent à dire que les mois de juillet, août et septembre sont *rafraîchis* par les pluies qui, ailleurs, sont une cause de chaleur plus grande » (1).

D'après Haspel et Cambay, l'automne est, en *Algérie*, la saison pendant laquelle l'hépatite suppurative présente son maximum de morbidité.

« En Afrique, dit Haspel (2), c'est surtout vers les mois de septembre, d'octobre et de novembre, que ces affections (diarrhée, dysenterie, hépatite) se sont montrées plus nombreuses : alors les matinées et les soirées sont constamment assez froides, tandis

(1) « Pluies fréquentes, chaleur molle et électrique des jours, fraîcheur relative des nuits, tels sont les éléments météorologiques de ce trimestre qui appartient tout entier à la saison des pluies dont il est comme le centre... La chaleur peut s'élever et disposer aux dysenteries et aux hépatites que *la fraîcheur des nuits fait éclater.* ». (L. d'Ormay. *Rapport sur le 3e trimestre de l'année 1866*, in statistique de la Cochinchine).

« Le mois de juillet a été signalé par les règnes des grands vents de N. O. et par une alternative de sécheresse brûlante et de pluies torrentielles. Au mois d'août, les pluies étaient plus régulières et plus abondantes... Le mois de septembre a été tout entier pluvieux... Le foie s'hypertrophiait avec une facilité inouïe, à tel point que j'ai pu dire qu'au mois de juillet, le tiers au moins des Européens avait le foie gonflé ». (Id. *Rapport sur le 3e trimestre de l'année 1864*).

(2) *Mémoire sur les abcès du foie.* (Rec. de Mém. de méd. milit. Série I, t. 55, 1843).

que, dans le milieu du jour, le soleil se tenant assez longtemps sur l'horizon, il fait une chaleur assez forte ; d'où un contraste dangereux et une funeste variation de température... »

« C'est vers l'automne ordinairement que les cas d'hépatite chronique qui, pendant les chaleurs, s'étaient montrés par intervalles, deviennent assez nombreux pour fixer l'attention. »

Il n'est pas moins explicite, dans un mémoire ultérieur (1) :

« Depuis que mon attention est dirigée d'une manière plus spéciale vers l'étude des maladies du foie, j'ai eu souvent l'occasion de voir combien était grande l'influence du froid humide *succédant aux fortes chaleurs*, sur le développement de l'hépatite. »

« Cette complication d'hépatite, écrit Cambay (2), a le plus souvent lieu après la cessation des chaleurs et dans la *saison froide et humide* qui lui succède. »

Pour Catteloup (3), le maximum est en septembre. « Les mois où nous avons observé les hépatites sont, par ordre de fréquence, les mois de septembre, août, juin, juillet, mai et octobre. »

Rouis, enfin, a vu l'hépatite avec sa fréquence maxima, aux mois d'août et de septembre.

Nous ferons remarquer, à propos de l'opinion de ces deux derniers auteurs, que la saison pendant laquelle l'inflammation du foie leur a paru donner lieu au plus grand nombre de ses manifestations, est, habituellement, caractérisée par de brusques écarts thermométriques. La preuve en est que Rouis se demande si l'aptitude du climat Algérien à développer, en cette saison, la suppuration hépatique, dépend des variations que la chaleur subit chaque jour ou du degré trop élevé de celle-ci, et qu'au dire d'Haspel (4), c'est surtout *vers la fin de l'été*, que le contraste entre la chaleur du jour et la fraîcheur des nuits est remarquable. »

Au *Sénégal* (Tableau XLII), la répartition saisonnière de l'hépatite n'est pas tout à fait la même à Saint-Louis et à Gorée.

(1) *De l'hypérémie du foie.* (Ibid. Série I, t. 58, 1845).

(2) *Traité de la dysenterie des pays chauds et spécialement de l'Algérie*, Paris, 1847.

(3) *Mémoire sur la coïncidence de l'hépatite et des abcès du foie avec la diarrhée et la dysenterie endémiques dans la province d'Oran.* (Rev. de Mém. de méd. milit Série I, t. 58, 1845).

(4) *Maladies de l'Algérie.* Paris, 1850.

TABLEAU XLI. — Répartition trimestrielle de l'hépatite et de la dysenterie, rapportées aux maladies internes, en Cochinchine, de 1863 à 1867 inclus. (Chiffres de la statistique de la Cochinchine française).

TRIMESTRES	MALADIES INTERNES		HÉPATITE					DYSENTERIE					DYSENTERIE ET DIARRHÉE				
	Entrées	Décès	Entrées	Pr cent aux entrées pour maladies internes	Décès	Pr cent aux entrées pour hépatite	Pr cent aux décès par maladies internes	Entrées	Pr cent aux entrées pour maladies internes	Décès	Pr cent aux entrées pour dysenterie	Pr cent aux décès par maladies internes	Entrées	Pr cent aux entrées pour maladies internes	Décès	Pr cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	Pr cent aux décès par maladies internes
1er	13.791	350	122	0.83	9	7.37	2 57	1.182	8.56	?	»	»	2.904	21.05	165	5.68	47.14
2e	13.951	630	126	0.90	11	8.73	1.74	1 366	9.79	197	14.42	31.26	3.592	25.74	202	5.62	32.06
3e	15.079	606	155	1.02	18	11.61	2.97	1.576	10.45	259	16.43	42.73	3.359	22.27	337	10.03	55.61
4e	13.785	375	128	0.92	17	13 23	4.53	1.123	8 14	157	13.98	41.85	2.970	21.54	168	5.65	44 8

A Saint-Louis, le chiffre d'entrées le plus élevé appartient au mois de février avec lequel coïncident, d'après Borius (1), le deuxième minimum des températures moyennes mensuelles (20°0) et le deuxième maximum des oscillations nycthémérales (20°6); le plus faible est en octobre, mois qui a présenté, comme température moyenne, 27°2, et, comme écart nycthéméral maximum, 10°8, pendant la période de cinq ans sur laquelle a porté l'observation.

A Gorée, la morbidité par hépatite est prédominante en avril, qui, pour une période d'observation de dix années, occupe, exactement, le milieu de la série des oscillations nycthémérales les plus étendues (12°) et a une température moyenne de 20°5.

Si, partant du mois de janvier, on réunit les chiffres statistiques par groupes bi-mensuels (Tableau XLIII), on voit que la fréquence maxima de l'inflammation hépatique se rencontre : à Saint-Louis, dans le troisième bimestre (mai-juin) ; et à Gorée, dans le second (mars-avril).

Procédant du même point de départ, mais par séries de trois mois mois et de six mois (Tableau XLIV), on constate qu'à Saint-Louis et à Gorée, cette affection a son chiffre d'entrées le plus élevé dans le deuxième trimestre, celui qui, d'après Dutroulau, offre les extrêmes thermométriques les plus prononcés, et dans le premier semestre.

Mais cette division administrative est sans importance médicale. Il est plus intéressant, au point de vue spécial qui nous occupe, de faire commencer l'année au mois de juin et, à l'exemple de Bérenger-Féraud, d'y considérer deux saisons : l'*hivernage* de juin à décembre et la *saison sèche* de décembre à juin. En opérant de cette manière, on obtient les tableaux XLV et XLVI qui montrent que l'hépatite est le plus fréquente dans la *période des vents d'Est* à Saint-Louis ; dans la *période des brises pré-estivales* à Gorée ; dans la saison sèche et, plus spécialement, dans la deuxième moitié de cette saison, pour les deux localités.

Enfin, si l'on adopte la combinaison de Borius qui divise l'année en quatre saisons, *hiver* (décembre, janvier, février), *printemps* (mars, avril, mai), *été* (juin, juillet, août), *automne* (septembre, octobre, novembre), on reproduit le tableau XLVI et l'on constate que l'hépatite a son maximum de morbidité dans la saison du printemps à Saint-Louis et à Gorée.

(1) *Recherches sur la Climatologie du Sénégal.* Paris, 1875.

TABLEAU XLII. — Répartition mensuelle de l'hépatite et de la dysenterie, rapportées aux maladies endémiques, au Sénégal, de 1853 à 1872. (Chiffres absolus de Bérenger-Féraud).

MOIS	HOPITAUX	Température moyenne (d'après Borius)	Oscillations nycthémérales maxima (d'après Borius)	Maladies endémiques: Entrées	Maladies endémiques: Décès	HÉPATITE: Entrées	HÉPATITE: Pour cent aux entrées pour mal. endémiq.	HÉPATITE: Décès	HÉPATITE: Pour cent aux entrées pour hépatite	HÉPATITE: Pour cent aux décès pr maladies endémiques	DYSENTERIE et DIARRHEE: Entrées	DYSENTERIE et DIARRHEE: Pour cent aux entrées pr maladies endémiques	DYSENTERIE et DIARRHEE: Décès	DYSENTERIE et DIARRHEE: Pour cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	DYSENTERIE et DIARRHEE: Pour cent aux décès pr maladies endémiques
Janvier	Saint-Louis . . .	20.2	18.8	1887	106	68	3.603	8	11.764	7.547	617	32.569	64	10.372	60.377
	Gorée.	20.3	9	1221	60	43	3.521	6	16.279	10	326	26.699	28	8.588	46.666
Février	Saint-Louis . . .	20.0	20.6	1409	47	112	8	5	4.64	10.638	401	29.879	26	6.483	55.317
	Gorée.	18.9	10	869	38	30	3.452	7	23.333	18.421	228	26.337	15	6.578	39.473
Mars	Saint-Louis . . .	19.2	18.0	1324	35	73	5.513	8	10.958	22.857	359	27.114	17	4.735	48.571
	Gorée.	20 0	12	1049	44	48	4.575	4	8.333	9.090	235	22.402	9	4.255	20.454
Avril	Saint-Louis . . .	20.1	20.8	1043	32	44	4.218	1	2.272	3.125	223	21.380	16	7.174	50
	Gorée.	20.5	12	788	24	52	6.598	4	7.692	16.666	149	18.908	5	3.355	20.833

Juin	Gorée.	25.7	7	901	21	37	4.106	5	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Juillet	Saint-Louis . . .	26.9	9.0	1514	41	114	7.529	4	3.508	9.756	440	29.062	19	4.318	46.341
	Gorée.	27.4	5.4	1127	22	53	4.702	1	1.886	4.545	254	22.537	7	2.755	31.818
Août	Saint-Louis . . .	27.3	8.6	4427	85	110	2 484	2	1.818	2.352	616	13.914	38	6.168	47.058
	Gorée.	27.9	5	1252	49	43	3.434	4	9.302	8.163	257	20.527	17	6.614	34.693
Septembre	Saint-Louis . . .	28.0	10.5	4466	192	90	2.015	5	5.555	2.604	841	18.831	75	8.917	39.062
	Gorée.	27.9	5	1601	62	39	2.435	2	5.384	3.225	231	14.428	24	10 389	38.709
Octobre	Saint-Louis . . .	27.2	10.8	4320	176	74	1.712	9	12.162	5.113	734	16.990	87	11.852	49.431
	Gorée.	27.8	6	2988	88	39	1.305	2	5.127	2.275	230	7.697	27	11.729	30.681
Novembre	Saint-Louis . . .	22.7	16.6	2798	152	77	2.751	12	15.584	7.894	938	33.523	81	8.635	53.289
	Gorée.	25.6	6	2232	70	45	2.016	5	11.111	7.142	325	14.560	25	7.692	35.714
Décembre	Saint-Louis . . .	21.2	17.8	2493	120	84	3.369	10	11.904	8.333	956	38.317	72	7.531	60
	Gorée.	22.0	7	1609	64	54	3.356	5	9.259	7.812	322	20.911	33	10.248	51.562

TABLEAU XLIII. — Répartition bi-mensuelle de l'hépatite et de la dysenterie, rapportées aux maladies endémiques, au Sénégal, de 1853 à 1872 inclus (Chiffres absolus de Bérenger-Féraud).

SÉRIES BI-MENSUELLES	HOPITAUX	TEMPÉRATURE MOYENNE	Mal. Endémiques		HÉPATITE					DYSENTERIE ET DIARRHÉE				
			Entrées	Décès	Entrées	Pr cent aux entrées pour malad. endémiques	Décès	Pr cent aux entrées pour hépatite	Pr cent aux décès par maladies endémiques	Entrées	Pr cent aux entrées pour mal. endémiques	Décès	Pr cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	Pr cent aux décès par maladies endémiques
Janvier-Février	St-Louis	DEGRÉS 20.1	3296	153	180	5.46	13	7.22	8.49	1018	30.86	90	8.84	58.82
	Gorée	19.6	2090	98	73	3.49	13	17.80	13.26	554	26.50	43	7.76	43.87
Mars-Avril	St-Louis	19.6	2367	67	117	4.94	9	7.69	13.43	582	24 58	33	5.67	49.25
	Gorée	20.2	1837	68	100	5.54	8	8	11.76	384	20.90	14	3.64	20.58
Mai-Juin	St-Louis	22.9	2470	59	150	6.55	8	5.33	13.55	766	30.48	25	3.26	42.37
	Gorée	23.8	1811	59	80	4.41	9	11.25	15.25	535	29.54	27	5.04	45.76
Juillet-Août	St-Louis	27.1	5941	126	224	4.07	6	2.67	4.76	1056	17.94	57	5.39	45.23
	Gorée	27.6	2379	71	96	4.03	5	5.20	7.04	511	21 47	24	4.69	33.80
Septembre-Octobre	St-Louis	27.6	8786	368	164	1.86	14	8.53	3.80	1575	29.76	162	10.28	44.02
	Gorée	27.3	4589	150	78	1.69	4	5.12	2.66	461	10.04	51	11.06	34
Novemb.-Décembre	St-Louis	21.9	5291	272	161	3.04	22	13.64	8.08	1894	35.79	153	8.07	56.25
	Gorée	23.8	3841	134	99	2.57	10	10.10	7.46	617	16.84	58	8.96	43.28

TABLEAU XLIV. — Répartition trimestrielle et semestrielle de l'hépatite et de la dysenterie rapportées aux maladies endémiques de 1853 à 1872, au Sénégal (Chiffres absolus de Bérenger-Féraud).

TRIMESTRES et SEMESTRES	HOPITAUX	Maladies endémiques		HÉPATITE					DYSENTERIE et DIARRHÉE				
		Entrées	Décès	Entrées	Pour cent aux entrées pour mal. endémiq.	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent aux décès par mal. endémiq.	Entrées	Pour cent aux entrées pour mal endémiq.	Décès	Pour cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	Pour cent aux décès par mal. endémiq.
1er trimestre	Saint-Louis	4620	188	253	5.476	21	8.300	11.170	1377	29.805	107	7.768	56.914
	Gorée	3139	142	121	3.851	17	14 049	11.971	789	25.135	52	6.564	36.619
2e trimestre	Saint-Louis	3513	91	194	5.522	9	4.639	9.890	989	28.152	41	4.145	45.054
	Gorée	2599	83	132	5.078	13	9.090	15.662	684	26.317	32	4.678	38.554
1er semestre	Saint-Louis	8133	279	447	5.496	30	6.711	10.752	2366	29.091	148	6.255	53.046
	Gorée	5738	225	253	4.409	30	11.857	13.333	1473	25.670	84	5.702	37.333
3e trimestre	Saint-Louis	10407	318	314	3.017	11	3.503	3.459	1897	18.228	132	6.958	41.509
	Gorée	3980	133	135	3.391	7	5.185	5.263	742	18.618	48	6.469	36.090
4e trimestre	Saint-Louis	10611	448	235	2.114	31	13.191	6.919	2628	24.766	240	9.128	53.571
	Gorée	6829	222	138	2.020	12	8.753	5.405	877	12.842	85	9.578	38.288
2e semestre	Saint-Louis	21018	766	549	2.612	42	7.650	5.483	4525	21.529	372	8.220	45.953
	Gorée	10809	355	273	2.525	19	6.959	5.352	1619	14.978	133	8.214	37.464

TABLEAU XLV. — Répartition saisonnière de l'hépatite et de la dysenterie, rapportées aux maladies endémiques, de 1853 à 1872, au Sénégal (Combinaison météorologique et chiffres absolus de Bérenger-Féraud).

Grandes divisions saisonnières	PÉRIODES BI-MENSUELLES	CARACTÉRISTIQUE MÉTÉOROLOGIQUE	HOPITAUX	Maladies endémiques		HÉPATITE					DYSENTERIE ET DIARRHÉE				
				Entrées	Décès	Entrées	Pour cent aux entrées pr mal. endémiques	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent aux décès pr mal. endémiques	Entrées	Pour cent aux entrées pr mal. endémiques	Décès	Pour cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	Pour cent aux décès pr mal. endémiques
Hivernage	Juin-Juillet. . .	Chaleurs primitives	St-Louis.	2.854	68	181	6.34	8	4.97	11.76	906	31.74	32	3.53	47.05
			Gorée. .	2.028	43	90	4.43	4	4.44	9.30	539	26.57	22	4.08	51.16
	Août-Septembre	Pluies	St-Louis.	8.893	277	200	2.21	7	3.50	2.52	1.457	14.13	113	7.75	40.79
			Gorée. .	2.853	111	82	2.87	6	7.31	5.40	488	17.10	41	8.40	36.93
			St-Louis.	7.118	328	151	2.12	21	13.90	6.40	1.672	23.48	168	10.04	51.21

	Total		St-Louis.	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
			Gorée. .	10.101	312	256	2.53	17	6.64	5.44	1.582	15.66	115	7.26	36.85
Saison Sèche	Décembre-Janvier	Grandes brises du Nord	St-Louis.	4.380	226	152	3.47	18	11.18	7.96	1.573	35.91	136	8.64	60 17
			Gorée. .	2.830	124	97	3.43	11	11.34	8.87	648	22.89	61	9.41	49.19
	Février-Mars	Vents d'Est	St-Louis.	2.733	82	185	6.76	13	7.02	15.85	760	27.80	43	5.65	52.43
			Gorée. .	1.918	82	78	4.06	11	14.10	13.41	463	24.13	24	5.18	29.39
	Avril-Mai	Brises préestivales	St-Louis.	2.173	64	127	5.84	5	3.93	7.81	523	24.06	28	5.34	43.75
			Gorée. .	1.698	62	95	5.59	10	10.52	16.12	399	23.49	17	4.26	27.41
	Total		St-Louis.	9.286	372	464	4.99	36	7.75	9.67	2.856	30.75	207	7.24	55.64
			Gorée. .	6.446	268	270	4.18	32	11.84	11.94	1.510	23.42	102	6.75	38.05

TABLEAU XLVI. — Répartition trimestrielle de l'hépatite et de la dysenterie, rapportées aux maladies endémiques, de 1853 à 1872, au Sénégal, l'année commençant en juin et divisée en deux saisons. (Chiffres absolus de Bérenger-Féraud).

Grandes divisions saisonnières	TRIMESTRES		HOPITAUX	Maladies endémiques		HÉPATITE					DYSENTERIE ET DIARRHÉE				
				Entrées	Décès	Entrées	Pour cent aux entrées pour maladies endémiques	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent aux décès pour maladies endémiques	Entrées	Pour cent aux entrées pour maladies endémiques	Décès	Pour cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	Pour cent aux décès pour maladies endémiques
HIVERNAGE	1er TRIMESTRE	Juin . . . . . . Juillet . . . . . Août	Saint-Louis .	7281	153	291	3.99	10	3.43	6.53	1522	20.90	70	4.59	45.75
			Gorée	3280	92	133	4.05	8	6.01	8.69	796	24.26	39	4.89	42.39
	2e TRIMESTRE	Septembre . . . Octobre. . . . . Novembre. . . .	Saint-Louis .	11584	520	241	2.08	26	10.78	5	2513	21.69	243	9.66	46 73
			Gorée	6821	220	123	1.80	9	7.31	4.09	786	11.52	76	9.66	34.54

	pour l'hivernage	Gorée	10101	312	256	2.534	17	6.64	5.44	1582	15.66	115	7 26	36.85
SAISON SÈCHE	3e TRIMESTRE — Décembre. Janvier. Février.	Saint-Louis .	5789	273	264	4.56	23	8.71	8.42	1974	34.09	162	8.34	59.34
		Gorée	3699	162	127	3.43	18	14.17	11.11	876	23.68	76	8.67	46.91
	4e TRIMESTRE — Mars. Avril. Mai.	Saint-Louis .	3497	99	200	5.71	13	6.5	13.13	882	25.25	45	5.10	45.45
		Gorée	2747	106	143	5.20	14	9.79	13.20	634	23.11	26	4.10	24.52
	TOTAL	Saint-Louis .	9286	372	464	4.99	36	7.75	9.67	2856	30.75	207	7.24	55.64
	pour la saison sèche	Gorée	6646	268	270	4.18	32	11.84	11.94	1510	23.42	102	6.75	38.05

TABLEAU XLVII. — Répartition mensuelle, trimestrielle et semestrielle de l'hépatite et de la dysenterie, rapportées au total des maladies, de 1866 à 1875 inclus, à la Martinique. (Chiffres absolus de Bérenger-Féraud).

MOIS, TRIMESTRES et SEMESTRES	HOPITAUX	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE					DYSENTERIE ET DIARRHÉE				
				Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès	Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées p' dysenterie et diarrhée	Pour cent au total des décès
Janvier	Saint-Pierre . .	457	9	5	1.09	1	20	11.11	91	19.91	1	1.09	11.11
	Fort-de-France .	1388	36	14	1.00	2	14.28	6.45	147	10.59	2	1.36	6.45
Février	Saint-Pierre . .	440	23	6	1.36	1	16.66	4.34	88	20	2	2.27	8.69
	Fort-de-France .	1226	36	16	1.30	2	12.5	5.55	145	11.82	6	4.13	16.66
Mars	Saint-Pierre. . .	435	15	9	2.06	1	11.11	6.66	92	21.14	1	1.08	6.66
	Fort-de-France .	1260	28	18	1.42	0	»	»	150	11.90	1	0.66	3.57
1er Trimestre	Saint-Pierre. . .	1332	47	20	1.50	3	15	6.38	271	20.34	4	1.47	8.51
	Fort-de-France .	3874	95	48	1.23	4	8.3	4.21	442	11.40	9	2.03	9.47
Avril	Saint-Pierre . .	561	15	9	1.60	2	22.22	13.33	110	19.60	3	2.72	20
	Fort-de-France .	1165	45	16	1.37	5	31.25	11.22	171	14.67	4	2.33	9.11
Mai	Saint-Pierre. . .	627	12	10	1.59	2	20	16.66	153	21.40	2	1.30	16.66
	Fort-de-France .	1416	40	19	1.34	0	»	»	224	15.81	4	1.78	10

1er Semestre	Saint Pierre. . .	3004	85	51	1.69	7	13.72	8.23	621	20.67	9	1.44	10.58
	Fort-de-France .	7436	215	103	1.38	11	10.67	5.11	961	12.92	19	1.97	8.83
Juillet	Saint-Pierre. . .	465	6	8	1.72	0	»	»	83	17.84	0	»	»
	Fort-de-France .	1027	26	11	1.07	1	9.09	3.84	121	11.78	0	»	»
Août	Saint-Pierre. . .	458	13	11	2.40	1	9.09	7.69	81	17 68	4	4.93	10.76
	Fort-de-France .	1027	24	19	1.85	1	5.26	4.16	120	11.68	3	2.05	12.05
Septembre	Saint-Pierre. . .	417	16	13	3.11	0	»	»	84	20.14	2	2.38	12.5
	Fort-de-France .	1072	33	18	1.67	2	11.11	6.06	126	11.75	2	1.58	6.06
3me Trimestre	Saint-Pierre. . .	1340	35	32	2.38	1	3.12	2.85	258	19.25	6	2.32	17.14
	Fort-de-France .	3126	83	48	1.53	4	8.03	4.81	367	11.74	5	1.36	6.02
Octobre	Saint-Pierre. . .	491	17	6	1.22	2	33.33	11.76	97	19.75	2	2.06	11.76
	Fort-de-France .	1310	28	17	1.29	2	11.76	7.14	124	9.46	3	2.41	10.71
Novembre	Saint-Pierre. . .	433	24	6	1.38	2	33.33	8.33	69	15.93	3	4 34	12.5
	Fort-de-France .	1096	24	17	1.55	2	11.76	8.33	85	7.75	2	2.35	8.33
Décembre	Saint-Pierre . .	414	15	7	1.69	0	»	»	110	26.57	3	2.72	20
	Fort-de-France .	1088	24	20	1.89	1	5	4.16	143	13.14	4	2.79	16.66
4me Trimestre	Saint-Pierre. . .	1338	56	19	1.42	4	21.05	7.14	276	20.62	8	2.89	14.28
	Fort-de-France .	3494	76	51	1.545	5	9.25	6.57	352	10.07	9	2.55	11.84
2me Semestre	Saint-Pierre. . .	2678	91	51	1.90	5	9.80	5.49	534	19.90	14	2.62	15.28
	Fort-de-France .	6620	159	102	1.54	9	8.82	5.66	719	10.86	14	1.94	18.80

Donc, quelle que soit la combinaison, on trouve qu'au Sénégal, l'hépatite l'emporte en fréquence, à l'époque de l'année où se produisent les plus grandes variations de température. Cette conclusion est tout le contraire de celle de Borius, qui prétend que « quand on groupe les entrées pour hépatite, dans les différentes localités, par semestres, par trimestres ou par mois, on n'arrive à aucun résultat caractéristique » (1).

Ainsi, démonstration assez inattendue, est justifiée par la statistique, cette proposition de Thévenot (2) : « L'Européen s'enrhume du foie au Sénégal, dans les circonstances où il s'enrhume du poumon en Europe ».

De la même enquête appliquée à la Martinique, il ressort (tableau XLVII), que les mois les plus chargés en hépatites sont : à Fort-de-France, *juin*, et à Saint-Pierre *septembre* ;

Que l'inflammation du foie a son maximum de fréquence dans le *quatrième* trimestre à Fort-de-France, et dans le *troisième* à Saint-Pierre ;

Que dans les deux localités, c'est le *dernier semestre* qui compte, pour cette affection, le plus grand nombre d'entrées.

Ces indications sont très différentes de celles que nous avons enregistrées jusqu'ici et semblent, pour Saint-Pierre principalement, assigner, aux époques annuelles des plus grandes chaleurs atmosphériques, la fréquence maxima de l'hépatite.

Cependant, si l'on adopte le groupement météorologique vrai, c'est-à-dire si l'on répartit les chiffres par séries conformes aux divisions des saisons, on trouve : d'après la combinaison de Dutroulau (Tableau XLVIII) que la plus grande fréquence de l'hépatite coïncide avec le mois de juin (*période de transition*), tant à St-Pierre qu'à Fort-de-France, et, d'après celle de Bérenger-Féraud (Tableau XLIX), que cette affection présente son chiffre d'entrées le plus élevé en mai-juin (*période du renouveau*) à St-Pierre ; en novembre-décembre (*période des chaleurs décroissantes*) à Fort-de-France.

Il est vrai qu'au total, le maximum appartient à la saison pluvieuse et chaude ou *hivernage*, dans les deux localités.

(1) *Topographie méd. du Sénégal*. Arch. de méd. nav., t. XXXVII, 1882.
(2) Op. cit.

TABLEAU XLVIII. — Répartition saisonnière de l'hépatite et de la dysenterie rapportées au total des maladies, de 1866 à 1875 inclus, à la Martinique. (Combinaison météorologique de Dutroulau et chiffres absolus de Bérenger-Féraud).

SAISONS	MOIS correspondants	HOPITAUX	Total des Entrées	Total des Décès	HÉPATITE					DYSENTERIE et DIARRHÉE				
					Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès	Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées p. dysenterie et diarrhée	Pour cent au total des décès
SAISON CHAUDE ou HIVERNAGE	Juillet . . . . Août . . . . . Septembre . . Octobre	Saint-Pierre .	1831	52	38	2.07	3	7.89	5.76	345	18.84	8	2.31	15.38
		Fort-de-France . .	4436	111	65	1.46	6	9.23	5.40	491	11.06	8	1.62	7.20
Période de transition.	Novembre. . .	Saint-Pierre .	433	24	6	1.38	2	33.33	8.33	69	15.93	3	4.34	12.75
		Fort-de-France . .	1096	24	17	1.55	2	11.76	8.33	85	7 75	2	2.35	12.75
SAISON SÈCHE. .	Décembre . . . Janvier . . . . Février . . . . Mars . . . . . Avril . . . . . Mai.	Saint-Pierre.	2934	98	46	1.56	7	15.21	7.14	724	24.67	12	1.65	12 24
		Fort-de-France . .	7543	204	103	1.36	10	9.70	4.90	980	12.99	21	2.14	10 28
Période de transition.	Juin	Saint-Pierre .	484	11	12	2.47	0	»	»	87	17 97	0	»	»
		Fort-de-France. .	981	35	20	2.03	2	10	5.71	124	12.64	2	1.61	5.71

Tableau XLIX. — Répartition saisonnière de l'hépatite et de la dysenterie, rapportées au total des maladies, de 1866 à 1875 inclus, à la Martinique (Combinaison et chiffres absolus de Bérenger-Féraud).

Grandes divisions	SUBDIVISIONS	MOIS CORRESPONDANTS	HOPITAUX	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE					DYSENTERIE ET DIARRHÉE				
						Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès	Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pr dysenterie et diarrhée	Pour cent au total des décès
Hivernage	Renouveau	Mai-Juin.	Saint-Pierre	811	23	22	2.71	2	9.09	8.69	240	29.59	2	0.83	8.69
			F. de France	2397	75	39	1.62	2	5.12	2.66	348	14.51	6	1.72	8. »
	Pluies et chal. croissantes	Juillet-Août.	Saint-Pierre	923	19	19	2.05	1	5.26	5.26	164	17.76	4	2.43	21.05
			F. de France	2054	50	30	1.46	2	6.66	4. »	241	11.73	3	1.24	6. »
	Pluies et [illegible]	Septembre Octobre	Saint-Pierre	908	33	19	2.09	2	10.52	6.06	181	19.93	4	2.20	12.12
			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTAL		F. de France	6833	186	104	1.52	8	7.69	4.30	839	12.27	14	1.66	7.52
Pluies et chaleurs décroissantes	Novembre Décembre	Saint-Pierre	847	39	13	1.53	2	15.38	5.12	166	19.59	6	3.61	15.38
		F. de France	2148	48	37	1.69	3	8.10	6.25	228	10.43	6	2.63	12.5
Fraîcheurs	Janvier Février	Saint-Pierre	897	32	11	1.22	2	18.18	6.25	179	19.95	3	1.67	9.37
		F. de France	2614	67	30	1.14	4	13.33	5.97	292	11.17	8	2.73	17.94
Sécheresse	Mars-Avril	Saint-Pierre	996	30	18	1.80	3	16.66	10. »	202	20.28	4	1.98	13.33
		F. de France	2425	73	34	1.39	5	14.70	6.84	321	13.18	5	1.55	6.84
TOTAL		Saint-Pierre	2740	101	42	1.53	7	15.47	6.93	547	19.96	13	2.37	12.87
		F. de France	7223	188	101	1.39	12	11.88	6.38	841	11.64	19	2.25	10.10

Ces résultats ne concordent point d'un bout à l'autre de la série et nous convenons qu'ils n'ont point la signification précise de ceux que nous ont présentés les statistiques de l'Inde, de la Cochinchine et, surtout, du Sénégal (1).

Mais la Martinique est remarquable pour l'uniformité thermique de son climat : La marche de la température aux Antilles est, d'après Dutroulau, si régulière et si égale, « que les variations entre les moyennes des mois qui se suivent, dépassent rarement 1 degré et quelques dixièmes seulement, et le plus souvent n'atteignent pas un degré. Entre la moyenne la plus élevée qui s'observe quelquefois en août, plus souvent en septembre, et la plus basse qui appartient à janvier, il n'y a que la différence de 27°66 à 25°70, c'est-à-dire 1°36. Quant aux chiffres extrêmes, ils n'atteignent qu'accidentellement 31 degrés et quelques dixièmes, dans la saison chaude, ou montent très rarement au-delà, et ne descendent pas au-dessous de 19 degrés dans la saison fraîche, ce qui fait un écart de 12 degrés seulement pour toute l'année ; les variations nycthémérales de la saison fraîche n'atteignent pas 6 degrés ; celles de la saison chaude ne sont guère plus prononcées » (2).

Il n'est donc pas étonnant que d'aussi faibles variations soient sans action marquée sur l'évolution annuelle de l'hépatite à la Martinique. Au reste, on peut voir, en consultant les tableaux statistiques concernant la répartition saisonnière de l'inflammation du foie dans cette colonie, que sa fréquence relative aux diverses époques de l'année, y est exprimée par des écarts réellement fort peu sensibles et que, souvent, les maxima n'y sont fondés que sur des différences *décimales*.

Ces considérations n'infirment donc point notre précédente proposition au sujet de l'influence que les saisons nous ont paru exercer sur l'hépatite de l'Inde, de la Cochinchine et du Sénégal ; mais elles nous obligent à des réserves et imposent à nos conclusions une distinction qui est celle-ci :

Dans les pays inter-tropicaux dont la température offre des oscillations nycthémérales, mensuelles ou saisonnières étendues une relation évidente existe entre la fréquence maxima de l'hépatite et les périodes de l'année signalées par les plus

(1) Notons cependant, d'après Thévenot, qu' « à la Martinique, les plus grandes variations surviennent dans l'hivernage » et que « c'est le contraire au Sénégal. »

(2) Page 36.

grandes variations, que cette relation consiste en une coïncidence ou qu'elle soit représentée par une succession immédiate.

Même si les affections qui figurent dans les tableaux, sous la rubrique hépatite, *étaient toutes de simples congestions*, cette notion serait à retenir; car elle prouverait, encore, malgré tout, que dans les régions chaudes du globe, le foie de l'Européen n'échappe pas à l'impression des éléments météoriques et la subit suivant le mode que nous avons indiqué. Ajoutons que ces congestions, si elles ne sont pas l'hépatite elle-même, en représentent, peut-être, une forme abortive, jouent, certainement, à l'égard de l'inflammation suppurative, le rôle de cause prédisposante et lui préparent le terrain.

2° Dans les pays inter-tropicaux à température égale et uniforme, les chiffres de l'hépatite se maintiennent à peu près les mêmes à toutes les époques de l'année. Il semble, cependant, qu'un léger excès de morbidité hépatique y marque, généralement, les saisons de transition.

Les *vents* périodiques des régions où l'hépatite est endémique, n'interviennent, probablement, dans l'étiologie de cette affection, que comme des agents de refroidissement accidentel. C'est, du moins, ce que paraît établir l'étude des saisons qu'ils caractérisent, considérées dans leurs rapports avec les maxima de l'hépatite. A Madras, par exemple, le vent est du sud en mars et avril. Il souffle sur le littoral (d'où son nom de *along-shore*), passe pour très malsain et cause, très fréquemment, des douleurs rhumatismales chez les anciens résidants (1). En Cochinchine, les vents du N.-O. prédominent pendant la première partie du troisième trimestre (L. d'Ormay). Au Sénégal, d'après Thévenot, les vents viennent du N.-E. et de l'Est, pendant la saison sèche. « Dans la saison des pluies, on ne les observe jamais. » Ils soufflent du nord en février et, très généralement, de l'Est au mois de mars (B. Féraud et Borius).

2° *Influences telluriques.* — L'hépatite sévit dans nombre de localités bâties sur des terrains d'origine volcanique. Telle est la constitution du sol aux Antilles, à Gorée, dans les parties centrales de l'Hindoustan, notamment dans la province de Mysore où un foyer intense d'inflammation hépatique, Bangalore, a pour bases d'énormes masses de granit ou de gneiss composées de feldspath et de quartz, avec une faible proportion de mica

(1) *Med. topography of Madras.*

vert, roches compactes qui absorbent et retiennent la chaleur atmosphérique, pour la renvoyer, par rayonnement, avec une extrême énergie. Mais cette condition géologique n'est, sans doute, dans l'étiologie de l'hépatite, qu'une circonstance de dernier ordre ; car, ainsi que nous l'avons vu, la suppuration du foie est fréquente à Saint-Louis du Sénégal, pays à sol d'alluvions.

Le rôle de l'*altitude* n'est pas celui qui, pendant longtemps, lui a été attribué, sur la foi de certains auteurs. En effet, s'il est exact, comme l'a prétendu Rouis, que les localités d'Algérie situées à mille mètres et plus au-dessus du niveau de la mer soient épargnées par l'hépatite, affection presque inconnue à Medeah, Tiaret et Sétif, il est positif, d'autre part, que les abcès du foie sont très communs sur les hauts plateaux du Mexique, du Pérou, de l'Equateur et les points les plus élevés de l'Inde Anglaise : Belgaum (2000 pieds d'altitude), dans la présidence de Bombay (tableau VI) ; Bangalore (3000 pieds), Secunderabad (1850), etc.,dans la présidence de Madras (tableau IX).

Tous les médecins des Indes considèrent le séjour des *Neilgherries* comme critique et contre-indiqué pour les convalescents de dysenterie ou les individus atteints de congestions hépatiques anciennes. Une remarque analogue a été faite par les médecins de la marine française, relativement au *Camp Jacob*, localité de la Guadeloupe, dont l'élévation n'est pourtant que de 550 mètres. Il ressort, de leurs relations, que les dysenteries ou diarrhées y sont aggravées rapidement et que les foies prédisposés y suppurent avec une déplorable facilité.

Ainsi, non seulement, l'altitude ne conférerait aucune immunité vis-à-vis de l'hépatite, mais, encore, elle interviendrait, dans certaines régions, du moins, comme une puissante cause d'abcès du foie (1).

3° *Aliments et Boissons.* — Les Anglais qui résident dans les pays chauds n'ont pas, pour la plupart, renoncé aux errements diététiques suivis par leurs compatriotes sous le climat humide et froid de la Grande-Bretagne. Leur régime y est le même : riche en viandes et en condiments, copieux et arrosé de boissons alcoolsique.

Nombre de médecins anglais incriminent énergiquement

(1) Nous avons cité (Chap. II) cette phrase du livre de Jourdanet « La congestion et les abcès du foie sont l'apanage des altitudes. »

cette hygiène défectueuse qualifiée par Harley (1) « *habitual indulgence in rich food and strong drinks* » et même « *glûtony and intemperance* », lui attribuant la fréquence des maladies du foie en général et des abcès en particulier, dans les possessions Britanniques de l'Hindoustan.

Même en admettant que ces excès ou erreurs de régime aient été exagérés, que leur pouvoir pathogénique ait été grossi, que l'immunité *relative* des indigènes à l'endroit de l'hépatite soit beaucoup moindre qu'on ne le pense, et qu'elle ne tienne pas aux différences de leur façon de vivre, toutes critiques formulées par le chirurgien général Moore (2) et le Dr H. Blanc (3), noûs croyons qu'il est impossible de tenir pour indifférentes de semblables habitudes, et de leur refuser une large part d'action dans la genèse de l'hépatite.

Comment contester sérieusement qu'elles soient capables de provoquer des altérations hépatiques, dans les régions intertropicales, quand on sait que, sous nos climats, la congestion chronique et l'hypertrophie du foie sont très communes chez les gens qui mangent beaucoup et abusent des aliments de provenance animale ?

De cette donnée étiologique, il ne faudrait pas conclure, cependant, que des conditions inverses, alimentation insuffisante ou consommation ordinaire de denrées avariées et indigestes ne puissent jamais causer l'hépatite suppurative ; car les abcès du foie, chez les natifs, procèdent, dans certains cas, d'une dysenterie aiguë ou chronique qui ne reconnaît pas d'autre origine que celle-là.

4° *Excès et ivrogneries.* — Les excès de table et les excès alcooliques, dont nous reparlerons dans un instant, ont une action directe sur l'appareil hépatique. Tous les autres excès, les fatigues, le surmenage physique, intellectuel et moral, ne peuvent participer à l'étiologie de l'hépatite que d'une façon médiate (4) et ne conduisent à l'abcès que par des voies

(1) *A treatise on diseases of the liver.* Lond., 1882.

(2) *Cause of hepat. absc.* The Lancet. 1885, vol. 2, p. 798.

(3) *On the cause of hepat. absc.* The Lancet, 1886, vol. 1, p. 344.

(4) Amalbert (*De l'hépatite des pays chauds.* Th. Montp., 1862) rapporte, en quelques lignes, l'observation d'un sergent qui, abusant du coït, « présentait souvent, à la suite de cette cause, des accès de fièvre avec vomissements bilieux opiniâtres, *douleur et voussure marquée de la région hépatique*, teinte ictérique générale ». Mais il est probable que cet homme était porteur d'un abcès

détournées : en débilitant l'organisme, en diminuant sa résistances aux impressions morbifiques, au premier rang desquelles nous plaçons l'invasion microbienne, peut-être, enfin, en encombrant l'économie d'un surcroît de déchets que le rein élimine mal et que le foie doit comburer.

L'abus ou, simplement, l'usage intempestif habituel des *boissons alcooliques*, cause avérée d'inflammation scléreuse du foie dans nos pays, ont été considérés, par tous les auteurs, comme des éléments morbifiques d'une redoutable puissance, en matière de dysenterie et d'hépatite suppurative, dans les régions intertropicales. Les exemples cliniques ne manquent pas et sont la plus forte preuve que l'on puisse produire à l'appui de leurs détestables effets, en dépit des faits négatifs qu'il ne serait pas difficile de recueillir çà et là (1).

On a cherché d'autres arguments. On en a demandé à la statis-

hépatique. L'acte de la copulation influençait son foie mécaniquement, ainsi qu'aurait pu le faire une secousse quelconque.

Foiret (*Causes et lésions de l'hépatite suppurative*. Th. Paris, 1870), pense, comme Amalbert, que « le coït excédant les besoins naturels, occasionne de la douleur et des tiraillements vers le côté droit. »

Nous ne contestons pas le fait; mais nous ne le croyons possible que si le foie est déjà malade.

(1) L'observation, si souvent citée, du voyageur Français Victor Jacquemont, n'a pas été interprétée de la même manière par tous les auteurs.

Catteloup l'a présentée comme un exemple des funestes conséquences des écarts de régime dans les pays chauds : « Jacquemont, à son arrivée au Bengale, suit les règles de l'hygiène la plus stricte, et, malgré ses travaux et ses fatigues, il échappe à l'influence meurtrière du climat. Mais, après deux ans de prudence *l'exemple l'entraîne, la table de ses amis Anglais lui porte le premier coup*. Trop confiant dans ses forces, il brave pendant six semaines une chaleur de 40°, les marais de l'île Salsette font le reste, et il succombe à une maladie du foie. »

Pour Rendu, Kelsch et Kiener, elle prouve que l'hygiène la mieux réglée ne suffit pas toujours à préserver l'Européen des atteintes de l'hépatite suppurative.

« Victor Jacquemont, raillant la bonne chère et les quatre repas des Anglais du Bengale, se nourrit de lait et de riz exclusivement et succombe comme eux à une hépatite suppurée. » (Rendu).

« Nul n'a été plus sobre, dit Waring : depuis longtemps, il n'avait pas fait usage de boissons spiritueuses; il évitait la nourriture animale et suivait le régime même des natifs, seulement en plus faible ration. Il faisait régulièrement des promenades à pied ou à cheval, matin et soir; mais, obligé de vivre principalement sous la tente, il fut exposé pendant la saison chaude aux chaleurs excessives et à toutes les vicissitudes atmosphériques. Il fut atteint de dysenterie et d'accès de fièvre irrégulière ; l'abcès du foie se déclara ensuite, et il mourut à Bombay, le 7 décembre 1832, l'abcès s'étant ouvert dans la cavité abdominale. » (Kelsch et Kiener).

tique ; mais sa réponse, à notre avis du moins, n'a pas été péremptoire.

Waring (1) a dressé un tableau qui exprime la morbidité et la mortalité proportionnelles par hépatite, dans six régiments européens, les sujets étant répartis en trois catégories : ceux qui s'abstenaient complètement de boissons alcooliques (*teetotalers*) ; ceux qui en usaient modérément (*temperate*) et ceux qui en faisaient abus (*intemperate*).

TABLEAU L. — Intempérance ou sobriété, fonction de la morbidité et de la mortalité par hépatite, dans six régiments européens de Madras (1849-50, d'après Waring).

CATÉGORIES	Effectif	HÉPATITE				
		Entrées	pour cent à l'effectif	Décès	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrees pour hépatite
Teetotalers.	450	26	5.777	0	»	»
Temperate	4318	249	5.766	16	0.370	6.421
Intemperate.	942	96	10.191	2	0.212	2.083

Les indications de ce tableau sont rassurantes pour les abstèmes ou teetotalers qui, cependant, pourraient trouver médiocrement probante, pour l'excellence du système, leur morbidité un peu supérieure à celle des tempérants. Elles sont accablantes pour ceux-ci et nous paraissent de nature à ne décourager qu'à demi les intempérants qui ont, comme compensation au maximum de morbidité, une mortalité bien moins élevée que celle des individus qui usent modérément des boissons alcooliques.

Le lecteur nous excusera de ne pas prendre au tragique ces résultats d'où un sophiste pourrait tirer cette conclusion que, dans la consommation de l'alcool, aux pays chauds, il ne faut pas de moyen terme ; qu'il vaut mieux n'en pas user du tout, c'est évident, mais qu'il est encore préférable d'en prendre beaucoup que d'en prendre peu.

Qui ne sait, en effet, que tous les teetotalers ne sont pas

(1) *Statistical notes*, etc.

toujours authentiques? Qui ne voit combien subtiles sont les frontières que Waring a prétendu tracer entre les deux dernières catégories de son tableau?

Nous avons, nous mêmes, recherché dans les nombreuses statistiques Anglo-Indiennes que nous avons recueillies, s'il existe, par localités par corps de troupes, par hôpitaux ou par années, un rapport entre les chiffres proportionnels de l'hépatite et ceux des entrées nosocomiales pour alcoolisme aigu ou chronique. Nous n'avons pas été surpris de n'en découvrir aucun, sachant que les intempérants reçus, dans les hôpitaux, pour ivresse manifeste ou delirium tremens sont l'exception; que nombreux sont les hommes qui usent, avec excès, des boissons spiritueuses sans s'enivrer jamais; que tel qui est alcoolique dans l'acception médicale du mot, ne l'est pas au sens des gens du monde; enfin, que l'ingestion quotidienne de l'alcool à des doses ne procurant pas l'ivresse, conduit plus rapidement et plus sûrement à l'alcoolisme constitutionnel que les débauches intermittentes des paysans ou des matelots de certaines régions européennes.

Une considération présentée par Legrand (1), l'accroissement parallèle de la morbidité par hépatite suppurative et de la consommation de l'alcool, en Nouvelle-Calédonie, dans ces dernières années, devrait être acceptée comme la meilleure des démonstrations fournies par la statistique, si cette augmentation du chiffre *officiel* des abcès du foie, dans la colonie, ne pouvait être attribuée : à la méthode aspiratrice permettant, plus souvent et plus tôt, le diagnostic *clinique*; aux autopsies moins négligées; à la plus grande fréquence de la dysenterie et de la fièvre typhoïde.

L'ivrognerie de l'alcool n'est pas la seule qui fasse des victimes dans les pays chauds. *L'opium* aussi y a des adeptes, même parmi les Européens.

La perturbation apportée aux fonctions digestives par l'inhalation réitérée de ses vapeurs, la cachexie spéciale qui en est souvent la conséquence, pourraient être considérées comme de suffisantes raisons par qui penserait que cette habitude n'est pas dépourvue de toute influence sur la genèse de l'hépatite.

Un fait positif c'est qu'en Cochinchine, les Annamites la regardent comme une cause de dysenterie (2).

(1) Loc. cit.

(2) Beaufils. *Topographie du poste de Vinh-Long*. Arch. de méd. nav. Avril 1882, p. 265. — V. *Entero-colite chronique des pays chauds*, p. 251.

4° *Professions.* — Le tribut proportionnel payé à l'hépatite suppurative, par les diverses professions *civiles*, n'est pas déterminé et ne peut l'être, parce qu'il est impossible d'évaluer, d'une façon même approximative, les effectifs correspondants. Ce n'est, certainement, pas avec des éléments comme ceux de la liste ci-dessous, tirée du livre de Rouis (1), qu'on arrivera à le fixer.

Nous n'insisterons pas sur la complète insignifiance de ce document. Combien de journaliers, de laboureurs, de boulangers, d'armuriers, etc., dans le pays? C'est la question ; car, si les journaliers étaient mille et s'il n'y avait qu'un seul armurier, le rapport professionnel est 3 p. 100 dans le premier cas, 100 p. 100 dans le second.

Professions pénibles	Journaliers	30	59
	Maçons	5	
	Laboureurs	4	
	Forgerons	2	
	Bouchers	2	
	Mineur	1	
	Charpentier	1	
	Menuisier	1	
	Marchand forain	1	
	Conducteur des Ponts et Chaussées	1	
	Boulanger	1	
	Cordonnier	1	
	Pêcheur	1	
	Blanchisseuse	1	
	Femmes de la campagne	2	
	Cantinière	1	
Professions légères	Armurier	1	9
	Aubergiste	1	
	Peintre en bâtiments	1	
	Homme de service	1	
	Lithographe	1	
	Négociant	1	
	Homme d'affaires	1	
	Commissaire-priseur	1	
	Employé de bureaux	1	

(1) p. 201.

Tableau LI. — Morbidité et mortalité par hépatite et dysenterie, des officiers, soldats, femmes et enfants, parmi les troupes européennes de toutes armes, dans l'armée de Madras, aux 7 chefs-lieux militaires les plus importants de la présidence (Madras, Secunderabad, Moulmein, Trichinopoly, Bangalore, Bellary et Cannanore), de 1829 à 1838, d'après Waring *(Statist. notes)*.

CATÉGORIES	EFFECTIF	HÉPATITE					DYSENTERIE				
		Entrées	pour cent à l'effectif	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Entrées	Pour cent à l'effectif	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour dysenterie
Officiers	2319	244	10.5	8	0 34	3.28	186	8.02	10	0.13	5.38
Soldats	75121	8111	10.8	517	0.68	6.37	12983	17.28	976	1.29	7.51
Femmes	6559	287	4.3	13	0.19	4.51	774	11.81	73	1.11	9.43
Enfants.....	9897	36	0.3	4	0.04	11.11	991	10.09	152	1.53	15.33

Tableau LII.— Morbidité et mortalité par hépatite et dysenterie, des officiers, soldats, femmes et enfants, parmi les troupes européennes de toutes armes, dans l'armée du Bengale, pendant la période de 4 ans finissant en 1853-54, d'après Macpherson (1).

CATÉGORIES	EFFECTIF	HÉPATITE					DYSENTERIE				
		Entrées	pour cent à l'effectif	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Entrées	Pour cent à l'effectif	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour dysenterie
Officiers.....	2970	150	5.05	3	0.10	2	134	4.51	6	0.20	4.47
Soldats	84143	4626	5 49	261	0 31	5.64	10307	12.24	1178	1.39	11.42
Femmes	7941	155	1.95	9	0.11	5.80	838	10.56	82	1.03	9.78
Enfants.....	9255	5	0.05	0	»	»	465	5.02	70	0.75	15.05

(1) *Analysis of the later med. returns of European troops serving in the Bengale Presidency*. Indian Annals. Janvier 1858, t. IX.

Tableau LIII. — Morbidité et mortalité par hépatite et dysenterie, des officiers, soldats, femmes et enfants, parmi les troupes européennes de *cavalerie* (Hussards), de la division de Mysore, de 1830 à 1838 (*Med. topography of the presidency of Madras*).

CATÉGORIES	EFFECTIF	HÉPATITE					DYSENTERIE				
		Entrées	Pour cent à l'effectif	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Entrées	Pour cent à l'effectif	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour dysenterie
Officiers . .	232	33	14.22	0	»	»	46	19 82	0	»	»
Soldats. . .	5571	673	12.08	37	0.66	5.49	933	16.74	27	0.48	2.89
Femmes. . .	846	27	3.19	3	0.35	11.11	36	4.25	4	0.47	11.11
Enfants. . .	1356	3	0.22	1	0.07	33.33	230	16.96	23	1.69	10

Tableau LIV. — Morbidité et mortalité par hépatite et dysenterie, des officiers, soldats, femmes et enfants, parmi les troupes européennes d'*infanterie*, de la division de Mysore, de 1831 à 1838 (*ibid*).

CATÉGORIES	EFFECTIF	HÉPATITE					DYSENTERIE				
		Entrées	Pour cent à l'effectif	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Entrées	Pour cent à l'effectif	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour dysenterie
Officiers . .	521	36	6.90	2	0.383	5.55	21	4.03	0	»	»
Soldats. . .	5778	571	9.88	22	0.380	3.85	769	13.32	48	0.83	6.24
Femmes . .	587	41	6.98	0	»	»	66	11.24	6	1.02	9.09
Enfants. . .	1003	3	0.29	0	»	»	82	8.17	18	1.79	21.95

La morbidité relative des professions *militaires* est mieux connue. Nous allons essayer de l'établir à l'aide de la statistique pour quelques localités des pays inter-tropicaux, en commençant cette étude par la comparaison des officiers et des soldats de toutes armes.

Les quatre tableaux ci-dessus démontrent que, dans l'Inde Anglaise, ou, plus exactement, dans la présidence de Madras, l'hépatite a été *généralement* un peu moins fréquente et, de beaucoup, moins grave chez les *officiers* que chez les *soldats* européens. Il appert du tableau LV que la morbidité des uns et des autres a été la même, en Algérie.

Tableau LV. — Morbidité, par *abcès du foie*, des officiers, sous-officiers et soldats, en Algérie, d'après Rouis.

DÉSIGNATION DES GRADES	NOMBRE absolu des cas d'abcès	NOMBRE des cas d'abcès par 1000 hom. d'effectif
Officiers.	15	3 1/3
Sous-Officiers	13	3 1/4
Caporaux, brigadiers, gendarmes, soldats.	187	3 1/3

Considérons, maintenant, les diverses armes, abstraction faite du grade.

Nous voyons par les tableaux LIII et LIV que, dans la division de Mysore (Présidence de Madras), officiers de cavalerie légère et cavaliers ont présenté la morbidité la plus forte ; que la mortalité des officiers de cavalerie a été nulle, mais que celle des soldats a été moins élevée parmi les troupes d'infanterie que parmi les hussards (1).

Le tableau LVI, dont les éléments sont extraits du livre de Bérenger-Féraud, est très intéressant à consulter, relativement au Sénégal.

(1) Il n'est, pour le moment, question *que de l'hépatite*. L'étude de la *dysenterie* viendra plus tard.

TABLEAU LVI. — Morbidité, mortalité et invalidation, par hépatite, dans les divers corps de troupe du Sénégal, de 1853 à 1872, d'après Bérenger-Féraud.

HOPITAUX	CORPS DE TROUPE	EFFECTIF	Maladies Endémiques			HÉPATITE													
			Entrées	Décès	Congés	Entrées	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour mal. endémiques	Décès	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent aux décès pour mal. endémiques	Congés	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent aux congés pour mal. endémiques	Total des décès et des congés	Pour cent à l'effectif	Pour cent aux entrées pour hépatite
Saint-Louis	Infanterie...	9088	12145	414	1126	462	5.08	3.80	30	0.330	6.49	7.24	132	1.45	28.57	11.72	162	1.78	35 08
	Artillerie ...	2721	3837	96	340	69	2.5	1.79	9	0.330	13.04	9.37	34	1.24	49.27	10	43	1.58	62.31
	Cavalerie...	1590	1711	43	145	140	8.8	8.18	5	0.31	3.57	11.62	30	1.88	21.42	20.68	35	2.20	25
	Disciplinaires	265	665	14	12	8	3.0	1.20	4	0.60	50	28.57	3	1.13	37.5	25	7	2.64	87.5
	Marins	2702	4139	113	53	93	3.4	2.24	7	0.25	7.46	6.19	35	1.29	37.63	30.97	42	1.55	45.16
Gorée	Infanterie...	4325	5802	179	391	146	3.3	2.51	13	0.30	8.90	7.26	15	0.34	10.27	3.83	28	0 64	19.17
	Artillerie ...	1075	1405	40	95	48	4.04	3.41	1	0.09	2.08	2.5	4	0.38	8.33	4.21	5	0.46	12.5
	Disciplinaires	1612	2512	103	170	65	4.1	2.58	11	0.68	16.92	10.67	12	0.74	18.46	7.05	23	1.42	35 30
Les deux hôpitaux	Infanterie...	13413	17947	593	1517	608	4.53	3.38	43	0.32	7.07	7.25	147	1.09	24.17	9.69	190	1.41	31.25
	Artillerie ...	3796	5242	136	435	117	3.08	2.23	10	0.26	8.54	7.35	38	1.00	32.47	8.73	48	1.26	41.02
	Disciplinaires	1877	3177	117	182	73	3.88	2.29	15	0.79	20.54	11.96	15	0.79	20.54	8.24	30	1.59	41.09

Il indique :

1° Qu'eu égard au chiffre *proportionnel* des entrées pour hépatite à l'effectif ou aux entrées pour maladies endémiques, les corps de troupe se rangent dans l'ordre suivant, à *Saint-Louis :* Cavalerie (Spahis), infanterie, marine, artillerie, disciplinaires ; qu'à *Gorée*, la morbidité, exprimée par le rapport pour cent des entrées à l'effectif est moindre dans l'infanterie que dans l'artillerie et les compagnies de discipline ; qu'au *total des deux hôpitaux*, parmi ces trois corps de troupe, l'infanterie et l'artillerie ont, celle-ci le minimum, celle-là le maximum des admissions.

2° Qu'à Gorée comme à Saint-Louis, ce sont les disciplinaires qui fournissent la *mortalité* la plus forte ; et qu'à Saint-Louis, la cavalerie a moins de décès que toutes les autres armes (la marine exceptée) :

3° Que l'*invalidation* (à l'effectif), est maxima dans la cavalerie, minima chez les disciplinaires à Saint-Louis et au total des deux hôpitaux.

4° Que le *déchet total* subi par les effectifs (pour cent de la somme des décès et des congés) atteint son chiffre le plus élevé dans les compagnies de discipline à Saint-Louis et à Gorée.

5° Que la *gravité* de l'hépatite, représentée par le pour cent du déchet total *aux entrées pour hépatite*, donne une série décroissante où les disciplinaires ont le premier rang, les artilleurs le second et les cavaliers le dernier.

Résumons ces indications : C'est dans la cavalerie que l'hépatite est le plus fréquente et le moins grave ; c'est dans les compagnies de discipline qu'elle est le moins fréquente et le plus grave ; sous ce double rapport, la position de l'artillerie est pour ainsi dire intermédiaire à celle des deux autres corps.

Ne pourrait-on conclure de ces données, que ce sont les disciplinaires qui présentent le plus grand nombre d'hépatites *vraies*, d'hépatites suppuratives, et que la rude existence qu'ils mènent au Sénégal n'est pas étrangère à ce résultat ; que les artilleurs doivent autant à leur solde plus élevée leur permettant certains excès, qu'aux fatigues du service, la gravité de leur hépatite, supérieure à celle des fantassins ; enfin, que la cavalerie est l'arme qui, sous la rubrique *hépatite* compte le plus de congestions ?

Comme il nous paraît difficile d'admettre qu'au Sénégal, le métier militaire soit plus dur dans la cavalerie que dans l'infan-

terie (1), nous nous demandons si ces congestions ne tiennent pas, tout simplement, aux secousses du cheval, à la station prolongée du cavalier sur la selle, en un mot à l'équitation elle-même.

Étudiant la répartition des *abcès du foie* parmi les troupes d'Algérie, Rouis assigne le maximum de morbidité (tableau LVII) au train des équipages militaires, le corps auquel incombe, d'après lui, « le plus de labeur en temps de guerre. »

TABLEAU LVII — Morbidité par *abcès du foie*, dans les corps de troupe en Algérie (Rouis).

DÉSIGNATION DES CORPS	NOMBRE absolu des cas d'abcès	NOMBRE des cas d'abcès pour 1000 hommes d'effectif moyen
Gendarmerie.	2	1
Artillerie	3	1
Infanterie	81	1
Génie	5	2½
Troupes d'administration.	5	2½
Condamnés	4	3
Cavalerie.	28	4
Officiers et sous-Officiers sans troupes. .	7	5
Douanes	3	6
Train des équipages	19	10

Un sceptique pourrait penser qu'un peu d'alcoolisme ne manque pas à cette étiologie.

Nous faisions cette réflexion, en lisant, dans le livre de Dutroulau (2), que « parmi les militaires, les *tambours dont les bras sont constamment en mouvement*, fournissent une proportion notable d'hépatite. »

Foiret ne conteste point l'exactitude du fait, mais peu satisfait de la théorie, et objectant l'exemple des canotiers qui « exercent

(1) Il en serait ainsi dans l'Inde anglaise, d'après l'ouvrage intitulé : « *Méd. topography*, etc. *of Madras*, lequel fait remarquer, à propos de la morbidité accusée par la statistique des dragons à Bangalore, que le service du fantassin consiste en une courte parade chaque matin, le dragon étant tenu à deux manœuvres par semaine et constamment occupé par les soins à donner à son cheval.

(2) p. 636.

bien autant l'activité de leurs membres thoraciques » sans être pour cela plus sujets aux inflammations du foie que les hommes appartenant à toute autre catégorie professionnelle, il propose une explication qui fredonne à notre oreille (honni soit qui mal y pense) l'obsession de certain refrain (1) lancé jadis et mis en vogue par une diva populaire, rivale de Thérésa. C'est à la « galanterie dont les tambours sont traditionnellement coutumiers » qu'il attribue l'excès de morbidité relevée chez les soldats de cette classe, l'observation prouvant que le coït peut avoir des effets fâcheux sur le foie, et Girdlestone (2), ayant vu « les tambours de son régiment, au dessous de l'âge de la puberté, échapper à la maladie qui sévissait sur les tambours plus âgés. »

Des militaires chevronnés servent dans des colonies à tafia ; ils touchent une haute paie, leurs fonctions leur font des loisirs dont la cantine bénéficie ; ce sont ceux que l'hépatite frappe le plus lourdement. La raison pathogénique de cette prédisposition n'est pas difficile à trouver.

5° *Hygiène défectueuse des fonctions d'excrétion.* Le rôle de la peau comme émonctoire des produits de la désassimilation est considérable, surtout dans les régions inter-tropicales où la suppression brusque de cette fonction, par diverses circonstances accidentelles, expose l'Européen à de nombreuses atteintes pathologiques. On comprend donc que son entrave par la négligence des soins d'hygiène que réclame l'enveloppe cutanée, puisse augmenter la congestion passive du foie, y contribuer tout au moins, et le rendre ainsi plus apte à subir les effets des causes directes de l'hépatite purulente.

La dyspepsie gastro-intestinale, très commune dans les pays chauds, est un syndrome auquel participent, dans une très large mesure, les perturbations fonctionnelles de l'appareil hépatique. L'un de ses éléments habituels est une *constipation*, souvent opiniâtre, susceptible de réagir, à son tour, sur le foie, soit en gênant la circulation dans le système porte, soit en déterminant une *rectite*, point de départ possible d'une infection microbienne.

Nombreux, enfin, sont les auteurs qui, dans l'étiologie de l'hépatite endémique, incriminent l'*abus des purgatifs*, des *mercuriaux* notamment. L'emploi réitéré de ces agents amènerait-il une irritation gastro-intestinale transmise au foie par continuité ou

(1) Où tambour rime avec amour.
(2) *Essays on the hepatitis*, etc. London, 1788, traduct. italienne. Pavie, 1793.

par action reflexe ? (Corre) Produirait-il une entéro-colite ulcéreuse, anatomiquement identique à la dysenterie (1) et capable, comme elle, de donner lieu à des métastases pyohémiques? Cette deuxième hypothèse nous semble la plus rationnelle.

6° *Impressions morales.* — Les mouvements passionnels violents tels que la colère ou la peur, ont, sur le foie, une influence dont l'ictère *émotif* est la preuve incontestable. Pour être moins évidents, les effets hépatiques des passions tristes ou dépressives, comme les soucis, les chagrins et la nostalgie, n'en sont pas moins très réels, la formule familière (2) qu'ils rappellent, exprimant un fait médical, sous une figure de rhétorique.

Tout en reconnaissant que le rôle de ces modificateurs est secondaire, on leur doit une mention dans l'histoire étiologique de l'hépatite suppurée.

7° *Durée du séjour dans les milieux d'endémicité.* Il faudrait, pour résoudre la question qui se présente sous ce titre, des statistiques plus nombreuses que celles dont nous disposons. Examinons pourtant celles-ci, et voyons les résultats :

D'après le tableau LVIII, la *morbidité* des troupes aurait été maxima, de la 5e à la 6e année de résidence (9,548 °/₀ à l'effectif ;) la *mortalité* la plus forte appartiendrait à deux périodes, celles de 4 à 5 ans et de 6 à 7 ans (0,302 °/₀ des décès à l'effectif). C'est entre la 3e et la 4e année que la maladie aurait présenté son maximum de *gravité* (5,113 °/₀ des décès aux entrées pour hépatite).

Le tableau LIX indique qu'au Sénégal (Gorée), la *morbidité* la plus élevée est au-delà du 36e mois de résidence ; que la *mortalité* la plus lourde a pesé sur les individus de passage dans la colonie ou ceux qui n'en étaient encore qu'au premier mois de leur séjour ; que *l'invalidation* a eu son chiffre le plus élevé après le 36e mois ; cette dernière indication signifiant peu, il est vrai, car les conseils de santé se montrent d'autant moins sévères dans la délivrance des congés de convalescence, que les militaires ou marins qui se présentent devant eux ont servi plus longtemps dans le pays.

Ces résultats de la statistique dans l'Inde et au Sénégal sem-

(1) Virchow. *Lésions intestinales d'origine mercurielle : leur identité avec la dysenterie.* Berl. Klin. Woch. 1887, p. 952. Analyse in Rev. des sciences med. 1888, t. XXXI. — Morehead ne doutait pas qu'une inflammation ulcérative de l'intestin pût être la conséquence de l'abus des mercuriaux.

(2) Se faire de la bile.

TABLEAU LVIII. — Influence de la durée du séjour sur *l'hépatite*, parmi les troupes européennes de l'armée de Madras, pendant la période de trois ans (1848-51) d'après Waring (1).

DURÉE DU SÉJOUR	EFFECTIF	HÉPATITE					DURÉE DU SÉJOUR	EFFECTIF	HÉPATITE				
		Entrées	pour cent à l'effectif	Décès	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour hépatite			Entrées	pour cent à l'effectif	Décès	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour hépatite
Moins d'un an.	1474	49	3.324	1	0.667	2.040	Entre 7 et 10 ans . . .	7422	408	5.497	18	0 242	4.411
Entre 1 et 2 ans	2192	166	7.572	6	0.273	3.614	— 10 et 15 — . . .	3497	184	5.261	8	0.228	4.348
— 2 et 3 —	3503	230	6.565	8	0.228	3.452	— 15 et 20 — . . .	818	52	6.356	2	0 244	3.846
— 3 et 4 —	2971	176	5.923	9	0 302	5.113	— 20 et 25 — . . .	331	15	4.531	0	»	»
— 4 et 5 —	2127	158	7.428	4	0.188	2.531	— 25 et 30 — . . .	118	3	2.542	0	»	»
— 5 et 6 —	1770	169	9.548	5	0.282	2.958	Au-delà de 30	81	1	1.234	0	»	»
— 6 et 7 —	2641	158	5.982	8	0.302	5.063	Total et moyenne . . .	28945	1769	6.111	69	0.238	4.115

(1) *Statistical notes*, etc.

bleraient donc établir que la morbidité par hépatite augmente vers la fin de la 2e année, décroît ensuite, s'élève de nouveau entre la 4e et la 5e année pour atteindre son maximum de la 6e à la 7e, et, au delà de cette limite, baisse sans interruption.

Causes Somatiques.

1° *Age*. On cite quelques exemples d'hépatite suppurative observés chez les *enfants*, et nous indiquons, en note (1), ceux qu'ont publiés les auteurs que nous avons pu consulter.

Mais les tableaux LI, LII, LIII et LIV établissent que cette affection est rare dans la première période de la vie. Il est vrai que, fréquemment (tableaux LI et LIII), elle y est plus grave que chez l'adulte.

L'inspection du tableau LX met en évidence ce fait que, dans la Présidence de Madras, et pour la période triennale 1848-51, la *morbidité* par hépatite a sensiblement augmenté à partir de la vingtième année et a été maxima de 25 à 30 ans ; la *mortalité* la plus forte et le summun de *gravité* marquant le stade compris entre 35 et 40.

(1) Ch. Curtis. *An account of the diseases of India*. Edimb. 1807. Enfant de 11 ans. — J. Mouat. *On the climate of Bangalore*. Transact. of med. and. physic. soc. of Calcutta, 1833. vol. VI. Ponction d'un abcès du foie chez un enfant (l'âge n'est pas indiqué) ; guérison. — Miller. *Case of hepat. absc. in a boy ten years of age*. Transact. of the méd. and physic. soc. of Bombay, 1843, vol. 6 et 7. Appendice. Enfant Parsee de 10 ans. Morehead signale cette observation, t. II, p. 122. — Starr. *Case of hepat. absc. occuring in a child*. Transac. of the College of the physicians of Philadelphia, 1876.— G. W. Vogler. *Suppurative inflammation of the liver in a child*. Philadelph. County med. society, 9 février 1887, et The med. news, 1887, t. L. Fillette de 12 ans. Opération par ouverture large et antiseptique Guérison.— Norman Moore. Patholog. Soc. of London The Lancet, 1881, vol. 1, p. 136. Petite fille de 3 ans et demi, n'ayant jamais quitté Londres. Diarrhée depuis dix mois. 2 abcès hépatiques, nombreuses ulcérations dans tout le gros intestin. — J. Farell Easmon. *A case of absc. of the liver in a child three years and a half old*. The Lancet, 1887, vol. 2. Observ. recueillie à la Côte d'or (Afrique Occidentale). Petite fille de trois ans et demi, atteinte de fièvre bilieuse, six semaines auparavant. Signes obscurs de fluctuation à l'hypochondre droit. Ponction aspiratrice avec l'aiguille la plus fine. Pus. Substitution du plus volumineux des trocarts de l'appareil aspirateur. Lavage et pansements antiseptiques. Guérison.—Nous trouvons dans la thèse de Leblond, *Diagnostic et traitement des abcès du foie*. Paris, 1892, p. 91, un tableau de 45 cas d'abcès du foie chez l'enfant. Les observations de Miller, Starr, Vogler, Moore et J. F. Easmon y sont indiquées et résumées. L'observation XXVI de cette thèse, empruntée à Rusche (Berlin. Klin. Wochens, 1889, p. 262), concerne une enfant de *trois mois* guérie après incision et lavages antiseptiques de trois abcès du foie. L'obs. XXVII (d'après Perera, Indian med. gaz. Calcutta, 1890), est relative à une petite fille de 20 mois.

TABLEAU LIX. — Influence de la durée du séjour sur l'*hépatite*, à Gorée (tant pour cent déduit de 20 années de statistique). — (Synthèse des tableaux 62, 70 et 66 de Bérenger-Féraud).

	DURÉE DU SÉJOUR																
	1 mois et de passage	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois	10 mois	11 mois	12 mois	de 12 à 15 mois	de 15 à 18 mois	de 18 à 24 mois	de 24 à 30 mois	de 30 à 36 mois	au-delà
Morbidité	8.8	0.4	5.0	1.2	0.4	3.3	1.6	3.3	3 7	1.6	2.1	5.0	2.9	7.5	16.3	6.3	10.0	19.7
Mortalité	16.6	2.7	5.5	2.7	2.7	2.7	»	»	2.7	8.3	2.7	2.7	2.7	5.5	11.0	2.7	»	»
Invalidation	2.4	»	»	»	»	2.4	»	2.2	»	»	»	6.1	6.1	8.6	14.8	4.9	8.6	23.4

Tableau LX. — Influence de l'âge sur l'*hépatite*, parmi les troupes Européennes de l'armée de Madras (1848-51) d'après Waring.

AGE	EFFECTIF	HÉPATITE				
		Entrées	pour cent à l'effectif	Décès	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour hépatite
20 ans et au dessus	3864	154	3.985	5	0.129	3.246
De 20 à 25 ans	8733	453	5.187	23	0.263	5.077
— 25 à 30 —	9108	672	7.378	23	0.252	3.422
— 30 à 35 —	4626	320	6.917	10	0.216	3.125
— 35 à 40 —	1928	139	7.209	8	0.414	5.755
— 40 à 45 —	480	29	6.041	0	»	»
— 45 à 50 —	112	0	»	»	»	»
Au dessus de 50.	94	2	2.127	0	»	»
Total et moyenne	28945	1769	6.111	69	0.238	4.115

Il importerait de savoir dans quelle proportion l'hépatite *scléreuse* d'origine alcoolique a participé à la mortalité de cette période.

2° *Sexe.* — L'inflammation hépatique est moins commune chez la femme que chez l'homme (tableaux LI, LII, LIII et LIV); mais, parfois (tableaux LII et LIII), elle y présente un caractère de plus haute gravité. Les indications de ces tableaux sont confirmées par celles du tableau LXI.

La puerpéralité, croyons-nous, est une redoutable cause d'abcès du foie dans le sexe féminin et, s'il n'en résulte pas pour lui, un excès de morbidité et de mortalité par hépatite, c'est que la femme trouve, par ailleurs, dans les conditions spéciales de son existence, une protection relative contre l'atteinte des endémies.

Tableau LXI. — Morbidité et mortalité par *hépatite*, des hommes et des femmes dans les régiments Européens de la garnison de Bangalore, d'après J. Mouat.

ANNÉES	HOMMES						FEMMES					
	EFFECTIF	HÉPATITE					EFFECTIF	HÉPATITE				
		Entrées	pour cent à l'effectif	Décès	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour hépatite		Entrées	pour cent à l'effectif	Décès	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour hépatite
1820	669	99	14.79	6	0.89	6.06	63	7	11.11	2	3.17	28.57
1821	647	81	12.51	4	0.61	4.93	60	6	10. »	1	1.66	16 66
1822	656	75	11.43	8	1.21	10.66	51	3	5.88	1	1.96	33.33
1823	647	101	15.61	4	0.61	3.96	51	0	»	»	»	»
1824	651	113	17.35	6	0.92	5.30	49	1	2.04	0	»	»
1825	648	89	13.73	7	1.08	7.86	56	3	5.35	0	»	»
1830	631	75	11.88	3	0.47	4 »	85	2	2.35	0	»	»
Total et moyenne	4549	632	13.89	38	0.83	6.01	415	25	6.02	4	0 96	16

Aussi, nous garderons-nous d'appliquer sans restriction à la population féminine *civile*, les résultats des statistiques *militaires* ci-dessus, documents relatifs à des femmes dont l'hygiène peut différer de celle dont nous parlons et qui sont exposées à avoir leur part, non-seulement des fatigues, mais encore des habitudes de leurs maris (1).

3° *Races.* — Toutes les races sont frappées par l'hépatite suppurative; mais elles ne sont pas toutes également tributaires de cette affection.

C'est la race blanche européenne qui est la plus éprouvée dans la plupart des pays inter-tropicaux. La morbidité par hépatite passe pour *maxima* chez les peuples septentrionaux d'origine saxonne; *minima* chez les Espagnols et les Portugais (2); *moyenne* chez les Italiens et les Français.

D'après Thévenot et Rouis, les soldats originaires du Nord et du centre de la France, sont plus sujets à l'hépatite que ceux des départements méridionaux, au Sénégal et en Algérie. D'après Haspel, la résistance des Corses aux influences endémiques de ce dernier climat serait supérieure à celle des Provençaux, des Basques et des Gascons.

On a cru, pendant longtemps, à une immunité presque absolue de la race *Hindoue*, à l'égard de l'hépatite suppurative. Morehead a protesté en ces termes, contre l'opinion accréditée : « Les affections inflammatoires du foie ont été jusqu'ici observées plus fréquemment chez les Européens que chez les natifs de l'Inde. La proportion des admissions pour hépatite, à l'hôpital général de Bombay, a été 3,7 pour cent des admissions totales, tandis que ce rapport a été seulement 1,5 au Jamsetjee Jejeebhoy hospital. Néanmoins, cette proposition de M. Twining (3), généralement reproduite par les

(1) Les colonnes « *ebrietas* » ou « *delirium tremens* » ne portent pas que des zéros, dans les statistiques féminines des troupes Européennes de Madras — « ..... Dans tous les cas où les femmes s'exposent aux influences qui viennent d'être indiquées (fatigues, excès, etc.), elles ressentent au même degré que les hommes le poids des diverses endémies. Or, des huit femmes signalées sur nos listes, l'une, outre qu'elle était cantinière d'un régiment en campagne, s'adonnait à l'ivrognerie; et les sept autres, accablées par la misère, consumaient leur vie dans de pénibles labeurs. » — (Rouis, p. 189).

(2) On a voulu expliquer par leur sobriété bien connue, le faible tribut payé par ces peuples à l'hépatite purulente; et l'on a négligé les conséquences de certaines modifications ethniques. La solution de la question est moins dans l'hygiène que dans l'histoire.

(3) *Diseases of Bengal*, vol., 1, p. 388.

médecins qui ont écrit sur les maladies des pays chauds, qu' « une affection aiguë du foie, se terminant par abcès, est excessivement rare parmi les Asiatiques », est erronée. On peut hardiment affirmer que les décès inscrits dans les hôpitaux de l'Inde sous la rubrique « hépatite », sont dus principalement aux abcès du foie. Je trouve qu'en six ans, 125 décès par hépatite ont eu lieu au Jamsetjee Jejeebhoy hospital, ce qui donne comme proportion au total des décès 3 pour cent, alors que cette proportion a été de 7,8 à l'hôpital général européen. Cependant, si nous comparons le chiffre des décès à celui des entrées pour hépatite, dans les deux hôpitaux, nous trouvons que la mortalité a été plus élevée chez les natifs que chez les Européens, puisqu'elle a été de 34 p. cent au Jamsetjee Jejeebhoy hospital, et seulement de 14,1 à l'hôpital général. Cette différence, il est vrai, a été expliquée par l'entrée tardive des natifs et leur état irrémédiable au moment de l'admission.

Que les abcès du foie ne sont point « excessivement rares parmi les Asiatiques », c'est ce qui est démontré par les 55 cas dont on trouvera l'histoire détaillée dans ce chapitre et qui ne représentent qu'une partie de ceux que j'ai observés à différentes époques.

L'origine de cette erreur, si généralement acceptée, peut être déterminée facilement. Les imparfaites statistiques de l'armée indienne ont été appliquées à l'ensemble de la population; procédé qui équivaut à celui-ci : juger des formes pathologiques dominantes en Angleterre, par la morbidité hospitalière des troupes en service dans ce pays » (1).

Ironie de la statistique ! Dans la Présidence de Madras, les relevés militaires que récuse Morehead, lui donnent raison sur le point capital de la thèse qu'il soutient : la plus grande gravité de l'hépatite chez les natifs (tableau LXII et partie du tableau LXIII). Ceux des hôpitaux civils ou mixtes, au jugement desquels nous le voyons en appeler, n'indiquent, chez les Hindous, qu'une morbidité très faible et une mortalité nulle.

Quelques auteurs contemporains ne se sont pas contentés de nier, avec Morehead, l'*extrême* rareté de l'hépatite purulente dans la population indigène de l'Inde. Ils sont allés jusqu'à prétendre qu'il s'en faut de peu que cette affection soit aussi fréquente parmi les natifs que parmi les Européens, si, même, elle ne l'a été dans certaines périodes.

(1) T. II, p. 1 et 2.

TABLEAU LXII. — Morbidité, mortalité et invalidation, par *hépatite*, des troupes Européennes et indigènes de l'armée de Madras, pendant la période de dix ans 1829-38 (*Med. topography*, etc).

TROUPES	EFFECTIF	TOTAL DES ENTRÉES	TOTAL DES DÉCÈS	TOTAL DES CONGÉS	HÉPATITE													
					Entrées	pour cent à l'effectif	pour cent au total des Entrées	Décès	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour hépatite	pour cent au total des décès	Congés	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour hépatite	pour cent au total des congés	Total des décès et des congés	pour cent aux entrées pour hépatite
Européennes . .	103431	186865	4725	2934	11521	10.877	6.020	545	0.526	4.844	11.534	309	0.298	1.771	10.531	854	7.59
Indigènes. . . .	568430	347327	9121	11558	487	0.085	0.140	62	0.010	12.731	0.679	10	0.001	2.053	0.086	72	14.78

TABLEAU LXIII. — Morbidité et mortalité, par *hépatite*, des Européens et des indigènes, à l'hôpital général de Madras (1829-38) *(ibid)*.

PROVENANCE	RACES	TOTAL DES ENTRÉES	TOTAL DES DÉCÈS	HÉPATITE				
				Entrées	pour cent au total des entrées	Décès	pour cent aux entrées pour hépatite	pour cent au total des décès
Militaires . .	Européens. .	3833	181	216	5.63	16	7.40	8.78
	Indigènes . .	3366	147	5	0.148	2	40	1 360
Civils	Européens . .	1903	126	36	1.89	4	11.11	3.17
	Indigènes . .	677	75	2	0.295	0	»	»

C'est ainsi que, d'après le chirurgien général Moore (1), il y aurait constamment des malades en traitement, pour abcès du foie, dans les hôpitaux *indigènes* de l'Inde Anglaise. Cet auteur a pu, dit-il, grâce à l'obligeance du chirurgien de brigade H. Cook, du chirurgien de brigade Van Dyke Carter et du chirurgien-major Hojel, se procurer la statistique des abcès hépatiques reçus, dans les trois dernières années, au Jamsetjee Jejeebhoy hospital, au Goculdas hospital et à l'hôpital général européen de Bombay. Or, les résultats sont les suivants :

Jamsetjee Jejeebhoy hospital: entrées de natifs, (18759); abcès du foie, 62 °/₀.

Goculdas hospital: entrées de natifs, (7397); abcès du foie, 54 °/₀.

Hôpital général Européen : entrées, (4325); abcès du foie, 66 °/₀.

(1) Loc. cit.
(2) *Cause of hepat. absc.* The Lancet, 1885, vol. 2.

« Dans quelques années spéciales, la proportion d'abcès du foie serait même plus forte chez les indigènes que chez les Européens ».

Mais le docteur James Craig ne partage pas cette opinion et déclare qu'il croira devoir contester la signification des chiffres présentés par Moore, tant que l'auteur n'aura pas fait connaître quelle est, parmi les malades de l'hôpital général Européen de Bombay, la proportion pour cent des marins qui n'ont jamais résidé dans les pays chauds, sauf pendant leur séjour à l'hôpital, et des sujets qui peuvent être, sans qu'il y ait doute, inscrits sous le titre d'Anglo-Indiens.

Il semble, en dernière analyse, que la conclusion à tirer de la comparaison des statistiques soit celle-ci : 1° l'hépatite suppurative est moins fréquente chez les natifs que chez les Européens ; 2° les anciens auteurs ont exagéré l'immunité de la race Hindoue ; 3° la maladie est moins grave chez les Européens que chez les natifs.

Nous sommes peu renseignés quant au tribut que la suppuration du foie prélève sur cette race, à distance de son pays d'origine. Nous savons seulement, par le mémoire inaugural d'Orgeas, qu'à la Guyane française, pendant une période de trente ans (1854-84), les Hindous ont fourni 4 décès par maladies du foie, soit 0,9 °/₀ de leur mortalité générale (1).

Il est rare que les indigènes soient atteints d'abcès du foie en Algérie et en Tunisie.

Les Maures sont beaucoup moins épargnés, au Sénégal (2).

A la Guyane, les Algériens (*Arabes* ou *Berbères*) transportés, ont présenté une proportion de décès par maladies du foie, identique à celle des Hindous (0,9 °/₀ — pour 3 décès).

Malgré son alcoolisme, le *nègre* est peu éprouvé par l'hépatite suppurative, à la côte occidentale d'Afrique, berceau de la race noire. Mais s'en éloigne-t-il, son immunité s'atténue et même

(1) La mortalité hépatique du personnel Européen libre et transporté, a été de 1,5 °/₀ pendant la même période.

(2) « Les Maures nomades m'ont présenté de nombreux exemples (d'hépatite), pendant le séjour de quatre mois que je fis dans le pays des Trazzas.. ... » Comme moyen de traitement chirurgical des abcès du foie, « les Maures emploient le feu, avec lequel ils font une traînée sur le point culminant de la tumeur, et deux jours après, ils en pratiquent l'ouverture avec un instrument tranchant assez grossier. Ils prétendent n'avoir que des succès ; mais, comme le mensonge vis-à-vis des étrangers leur coûte peu, on ne doit accepter cette assertion que sous toutes réserves. J'ai assisté à une opération de ce genre faite par un de leurs médecins, mais je n'ai pas suivi le malade. » (Berville. *Remarques sur les maladies du Sénégal*, Th. Paris, 1857).

disparaît complètement. On peut voir, d'un coup d'œil jeté sur le tableau XXI, que, déjà au Sénégal, l'atteinte qu'il en reçoit se traduit par une fréquence peu différente de celle que l'on relève pour les effectifs européens, à Gorée comme à Saint-Louis, et, relativement aux entrées, par un chiffre de décès supérieur, de quelques dixièmes, au rapport qui représente la mortalité de la race blanche, dans la dernière localité. Quant au *mulâtre*, il serait encore moins réfractaire à l'hépatite que le nègre de race pure, et l'abcès du foie ne serait pas plus rare chez lui que chez l'Européen (Borius).

A la Réunion et à Maurice, c'est sur l'élément noir que l'inflammation hépatique suppurative pèse le plus lourdement.

A la Guyane, cette maladie a contribué, dans la proportion de 0,5 0/0 à la mortalité générale des nègres et métis libres, de 2,1 0/0 à celui des transportés nègres (Orgeas).

Le tableau LXIV indique, d'après Boudin (1), la fréquence comparée de l'hépatite chez le nègre et chez l'Européen dans quelques colonies anglaises.

Tableau LXIV. — Fréquence comparée de l'*hépatite* chez l'Européen et chez le nègre, dans quelques colonies Anglaises (d'après Boudin).

COLONIES	ANGLAIS	NÈGRES
Guyane	1.0 pour mille	0.3 pour mille
Trinité	1.1 —	0.8 —
Tabago	2.0 —	1.0 —
Saint-Vincent	1.6 —	0 —
Barbade	1.4 —	0.9 —
Sainte-Lucie	1.0 —	0.9 —
Dominique	1.7 —	0 6 —

(1) Cit. par Bordier, *Géographie méd.* Paris, 1884.

Les *Chinois* et les *Annamites* résistent bien sur leur propre sol. Néanmoins, au Tonkin (tableau XV), l'hépatite des indigènes a été la plus fréquente, la plus meurtrière et la plus grave.

A la Guyane, la mortalité des individus de race jaune a été de 2,7 0/0 par maladies du foie (Orgeas). Cette proportion, il est vrai, ne dérive que d'un seul cas.

Notons enfin, d'après Arène (1), qu'en Nouvelle-Calédonie, pendant une période de huit ans (1875-82), les *Canaques* n'ont présenté que 4 décès par hépatite, soit un peu plus de 1 p. 100 de leur mortalité générale, alors que les Européens de toute catégorie (à l'exception des transportés) ont fourni 41 décès de même cause, ou 29 0/0 des cas traités et 5 0/0 de leur mortalité générale.

La race humaine n'est pas, seule, tributaire de l'hépatite : quelques *espèces animales* sont atteintes d'abcès du foie, dans les pays chauds.

Au dire du professeur Stokes (2), le Dr Bleast aurait observé, dans l'Inde, un grand nombre d'abcès du foie sur des chameaux et des chevaux. Le musée de Calcutta renferme, d'après Allan Webb (3), plusieurs spécimens de foies d'animaux (orang-outang, chiens et rats), suppurés. Mais l'auteur qualifie de *strumeux*, les abcès de ces derniers animaux, et relève, chez l'un d'eux, les mêmes altérations dans le foie et dans les reins. Nous serions donc tentés de croire qu'on pourrait les rapporter à un parasitisme spécial plus ou moins analogue à celui qui, sous nos climats, affecte, sans y produire de véritables abcès, le foie du lièvre et du lapin (*coccidia oviformis*).

Une donnée certaine, c'est qu'on trouve, fréquemment, le parenchyme hépatique suppuré, chez les animaux de boucherie au Sénégal (Bordier) et en Algérie (Haspel).

4° *Constitutions et tempéraments.* — Nous ne possèdons, sur ce sujet, aucun renseignement sérieux tiré de la statistique (4) ; mais nous pensons qu'on peut accepter, comme un fait d'observation, que les constitutions naturellement débiles ou détériorées par les privations, les fatigues, les excès et les maladies antérieures, soient

(1) Op. cit.

(2) Lond. méd. and surg. Journal. 15 mars, 1834. Ext. des notes manuscrites de Collas.

(3) Path. Indica, p. 258 et 264.

(4) Sur ce point et sur quelques autres, les tableaux de Rouis ne méritent aucun crédit. Nous avons dit pour quel motif.

plus prédisposées à la suppuration hépatique, et plus sévèrement frappées que les constitutions robustes.

Quant aux *tempéraments*, nous ne rencontrons, dans les auteurs, qu'assertions sans fondement et propositions contradictoires. Le tempérament bilieux est, pour les uns, la meilleure garantie organique contre l'inflammation suppurative du foie. Pour d'autres, c'est la condition qui en préserve le moins. Discuter plus longuement une question aussi obscure, est inutile.

III. — CAUSES PATHOLOGIQUES.

Tel en est le nombre, qu'il est difficile de les étudier sans les classer.

Nous les examinerons dans l'ordre suivant : 1° Maladies primitives du foie et des voies biliaires; 2° Maladies locales du tube digestif; 3° Maladies généralisées à localisation intestinale primitive; 4° Maladies générales à localisation intestinale primitive ou secondaire; 5° Maladies générales à localisation hépatique; 6° Maladies pulmonaires; 7° Infection purulente chirurgicale; 8° Infection puerpérale.

1° *Maladies primitives du foie et des voies biliaires.* — Peu d'Européens font un séjour prolongé dans les pays chauds, sans y subir, sous l'influence du climat, de l'infection malarienne, d'un régime vicieux ou d'un certain degré d'alcoolisme, une ou plusieurs attaques de congestion hépatique aiguë qui finissent par aboutir à une stase chronique des systèmes sanguin et biliaire du foie, avec ou sans stéatose.

Cet état, auquel les médecins du commencement de ce siècle donnaient le nom exact d'*engorgement*, peut, aussi, s'établir insidieusement, sans grand tapage symptomatique, être, en un mot, chronique d'emblée.

Quand la dyspepsie gastro-intestinale, qui l'accompagne le plus souvent, n'est pas trop forte, il n'apporte, à l'activité sociale ou professionnelle des malades, qu'une entrave médiocre; il s'améliore à l'occasion d'un changement de résidence ou de régime et, fréquemment, les sujets qu'il affecte en arrivent à ne plus s'en préoccuper beaucoup.

Comme les poussées congestives qui le précèdent ordinairement, c'est cependant une affection grave en ce sens, surtout, qu'il rend

le foie plus accessible à l'inflammation suppurative et le lui livre sans défense.

L'hépatite purulente s'implante plus rarement dans un organe absolument sain que dans un organe déjà malade. Telle est, sans doute, la raison pour laquelle la prédisposition de l'Européen à la suppuration hépatique augmente avec la durée du séjour colonial jusqu'à la septième année.

Les granulations *miliaires* purulentes de l'angio-cholite suppurée ne sont pas les seuls abcès que puisse déterminer la *lithiase biliaire*. Cette condition pathologique intervient encore, puissamment, par l'obstruction calculeuse des canaux excréteurs de la bile, dans la genèse d'abcès *uniques*, *volumineux*, présentant avec les abcès d'origine tropicale la plus étroite analogie clinique, justiciables de la même thérapeutique chirurgicale, et laissant échapper, quand on les a incisés, une quantité parfois prodigieuse de concrétions (1).

2° *Maladies locales du tube digestif.* — Toute affection de l'estomac, de l'intestin grêle ou du gros intestin qui s'accompagne d'ulcération ou de fissure de la muqueuse et donne lieu à une formation de pus, peut être suivie d'abcès du foie. Ces abcès, ordinairement mais *non toujours* de petit volume et multiples, surviennent en conséquence d'une infection pyohémique facilement expliquée par les liens vasculaires qui unissent les organes abdominaux.

(1) Jacobini Mangeti, *Bibliotheca chirurgica*. Genev. 1721 : tumeur fluctuante ; ouverture spontanée : trajet fistuleux par lequel s'échappent de nombreux petits calculs. — Monnier des Taillades. *Dissert. sur l'hépatite*, Th. Montp. 1834 : riche fermière de 29 ans; abcès du foie; deux incisions; la première donne issue à 27 calculs; la plaie se ferme; nouvelle phlegmasie; nouvelle incision; nouveaux calculs. Cicatrisation. Rupture spontanée de la cicatrice; troisième évacuation de calculs. Guérison. — Goguel, des *abcès du foie*. Th. Strasbourg, 1856. — Gendron. *Gros abcès du foie d'origine calculeuse*. Soc. anat. Mai 1880. — F. Thomas et G. Reynaud. *Deux abcès du foie : particularités cliniques*. Arch. de méd. nav. t. XLVIII, obs. II : sujet guéri après avoir éliminé, au total, 115 concrétions biliaires. par la plaie d'incision. — Pearic Gould. *Gall-stones exciting suppuration; Operation; recovery*. Brit. med-Journal, Mars 1888. — Stamm. *Operation for gall-stones*, Journ. of. American med. association, 31 mars 1888. — Molière, *Calculs et abcès du foie*, Lyon méd. 24 juin 1888. — Defontaine, *Abcès du foie*, etc. Rev. de chirurgie, Juillet 1890. — White, *Case of liver absc. with discharge of gall-stones*. The Lancet, 20 Sept. 1890. — Jeannin, *Lithiase biliaire et abcès du foie*, Lyon méd. Février 1891. — Jh. Eichberg, *L'abcès du foie et les amibes du colon*. The med. standard, Août 1891. Rev. internationale de bibliographie méd. de J. Rouvier (A. Benet). Religieuse de 30 ans; coliques hépatiques ; abcès ; incision : issue de 136 calculs biliaires, en trois mois.

Parmi les maladies de ce groupe, nous citerons : l'*ulcère simple gastro-duodénal* (1); la *diarrhée infantile* prolongée (2); l'*entéro-colite ulcéreuse*, alors même qu'aucun symptôme dysentérique n'a été observé pendant la vie (3); la *typhlite* (4); la *péri-typhlite* (5); la *rectite* (6), enfin, et surtout, la *dysenterie*.

Les médecins de l'antiquité ont vu l'abcès hépatique suivre ou accompagner la diarrhée chronique et la dysenterie (7).

Mais ces médecins ont-ils saisi une relation *étiologique* entre les deux maladies ?

Hippocrate, peut-être (8); Galien, non, certainement, puisqu'il n'a pas considéré les selles *lavûre de chair* rendues par son malade, comme l'indice symptômatique d'une dysenterie antérieure ou concomitante et n'y a vu qu' « un signe constant d'une affection du foie. »

La notion de ce rapport n'apparaît, précise, qu'au XVII[e] siècle, dans les écrits de Manget ; elle prend corps et s'affirme dans l'admirable livre de Pringle; elle est nettement didactique, dans le traité de Portal. Les médecins anglais de l'Inde, les médecins français de l'armée et de la marine ont confirmé, par leurs observations, l'affinité étiologique de l'hépatite suppurative et de la dysenterie.

Incontestable aujourd'hui, quoique encore contestée, elle est fondée : sur la géographie médicale, l'histoire médicale, la clinique, l'anatomie pathologique et la bactériologie.

(1) Louis. Andral. C. Broussais. — Powell Douglas. *Case of hepat. absc. following duodenal ulcer.* The Lancet, 1884, vol. 1. — Bruen. *A case of absc. of the liver and ulcer of the stomach.* The med. News. Philadelph. 1886.

(2) Legendre. *Recherches anat., path. et cliniques*, 1846. — N. Moore. *Obs. cit.*

(3) Dickinson. Transact. of the Path. soc. of. London, XIII, 1861. — Hilton Fagge, ibid. XXI, 1871. — Vayssière. Bull. de la Soc. anat., 1873.

(4) Payne. *Two cases of suppurat. of the liver consequent on irritation of the appendix vermiformis*. Transact. of the Path. soc. of London. XXXI. — Murchinson. Leçons cliniques sur les maladies du foie, traduct. Cyr., Paris, 1878. *Obs. LXIX.* — Ashby. *A case of pyoemic absc. of the liver secondary to an ulcer of the coecal appendix, resulting from impaction of a pin.* The Lancet, 1879, vol. 2. — Souques. *Abcès multiples du foie consécutifs à une typhlite ulcéreuse*, Bull. de la Soc. anat. mai et juin 1889.

(5) Reinhold. *Abcès du foie consécut. à une péri-typhlite latente.* Munchner med. Wochenschr, 1887, n° 34. — Fraenkel. Soc. de méd. int. de Berlin, 19 octobre 1891.

(6) Arnaud a cité un cas d'abcès du foie consécutif à une *rectite par pédérastie passive* (th. de Leblond, p. 66).

(7) Hippocrate. *Epidémies*, liv. VII, § 55. — Galien. *Lieux affectés*, liv. V, chap. IX (V. Historique général).

(8) L'observation du corroyeur de Cléotinus a pour titre : abcès du foie à la suite d'une longue diarrhée.

a. *Géographie médicale.* — L'hépatite purulente et la dysenterie sont réparties sur le globe, d'une façon analogue mais non identique. Leur distribution géographique présente des différences que Dutroulau a cru expliquer en formulant cette loi : « *La répartition de l'hépatite dans les foyers endémiques de nos colonies tropicales est la même que celle de la dysenterie, avec cette différence que ce n'est pas avec le chiffre absolu de cette dernière maladie qu'elle est en rapport, mais bien avec sa gravité exprimée par le chiffre de ses décès* » (*1*).

Cette proposition qui a eu l'exceptionnelle fortune d'être acceptée sans discussion et de gagner les suffrages des auteurs les plus autorisés en matière de pathologie coloniale, est passible de deux critiques : elle procède d'une véritable hérésie de statistique, les tableaux sur lesquels Dutroulau a prétendu l'appuyer étant des tableaux à chiffres *bruts*, et l'un d'eux s'adressant à des périodes qui ne correspondent pas (2) ; elle n'est pas exacte même quand on s'en rapporte aux documents produits par l'auteur (3) ; à plus forte raison quand on adopte un mode d'investigation et de contrôle plus sévère et plus correct.

Si la loi en question était vraie, tous les pays où la dysenterie *grave* est endémique, devraient être des foyers d'hépatite suppurée ; ce qui n'est pas.

Dans nos possessions indiennes de la côte de Coromandel, à Pondichéry notamment, la dysenterie sévit sur les indigènes, avec une telle intensité que, dans certaines années (4), la proportion pour cent des décès aux atteintes est de 90 ; cependant, l'abcès du foie y est positivement rare, tant parmi les natifs que chez les Européens. De même, à Zanzibar, où l'hépatite suppurative est, pour ainsi dire, inconnue, la dysenterie domine et règne avec sévérité (5).

(1) *Traité des maladies des Europ. dans les pays chauds*, 2e édit., p. 632.

(2) P. 633. Chaque période est de cinq ans, pour Saint-Pierre (Martinique) et Saint-Louis (Sénégal) : mais la première s'étend de 1846 à 1851 ; la seconde commence en 1853 et finit en 1858. Or, on peut voir, par le tablau LXIX, combien, à la Martinique, l'hépatite et la dysenterie ont été, l'une plus fréquente, l'autre plus grave, de 1846 à 1852 que de 1852 à 1868.

(3) Dans le tableau *local* de la page 634, le maximum de fréquence de l'hépatite concorde bien avec le maximum de gravité de la dysenterie : mais le minimum de l'une ne coïncide pas avec le minimum de l'autre.

(4) 1878 (Aubœuf, loc. cit).

(5) « La dysenterie est, sans contredit, la maladie qui est le plus à redouter par les navires qui séjournent pendant quelque temps au mouillage de Zanzibar..... Plusieurs de nos bâtiments de guerre, tels que le *Ducouëdic*, le *Crocodile*

En second lieu, la fréquence de l'hépatite et la gravité de la dysenterie exprimée par la proportion de ses décès à ses entrées, devraient osciller parallèlement de région à région, de localité à localité ; et, dans une même région ou une même localité, d'année à année, de période à période, de race à race, de profession à profession, etc. Or, nous allons montrer qu'il n'en est rien.

S'il veut bien jeter un coup d'œil sur le tableau LXV, le lecteur reconnaîtra que l'hépatite, étant moins fréquente en Cochinchine (0.67 °/₀ au total des entrées) qu'à la Martinique (1.56 °/₀), la dysenterie (*diarrhée comprise*), est bien plus grave dans la première colonie, (6.16 °/₀ des décès aux entrées correspondantes) que dans la seconde (1.97 °/₀). Il pourra constater aussi, qu'à Hong-Kong, où la fréquence de l'hépatite (1.92 °/₀ au total des entrées) est moindre qu'au Sénégal (2.27 °/₀), qu'à Madras (2.64 °/₀) et à Bombay, à l'hôpital Européen (3.52 °/₀), la dysenterie présente le maximum de gravité (17.29 et 20.81 °/₀).

Des résultats contraires nous étonneraient, car la loi de Dutroulau table sur des éléments mobiles et contingents : la *fréquence* de l'hépatite qui dépend, pour une large part, de la sévérité plus ou moins grande avec laquelle les simples congestions du foie sont exclues de la nomenclature, et la *gravité* de la dysenterie représentée par le rapport de ses décès à ses entrées, la mortalité imputable aux maladies endémiques, étant, toutes choses égales d'ailleurs, en raison inverse de la facilité des rapatriements et du nombre des congés de convalescence délivrés.

Cette dernière considération nous a portés à examiner si la relation cherchée ne pourrait pas être fournie par une autre combinaison, et si la gravité de l'hépatite ne serait pas proportionnelle à la gravité de la dysenterie, cette gravité étant exprimée, non plus par le rapport des décès aux entrées, mais par celui de la somme des décès et des congés à ces mêmes entrées, c'est-à-dire par le *déchet total* qu'auraient subi les effectifs. C'est dans ce but que nous avons dressé le tableau LXVI dont les indications ne sont pas probantes pour la nouvelle formule, puisqu'à Hong-Kong, où la gravité de la dysenterie (41.57 et 46.26 °/₀) est maxima, l'hépatite a été moins grave (45.05 °/₀) qu'à l'hôpital de Thérapia (62.5 °/₀) et qu'en Cochinchine (46.95 °/₀).

l'*Archimède*, l'*Infatigable*, l'*Eurydice*, et la *Jeanne d'Arc* avaient été, dans les premières années, éprouvés par cette terrible affection. » — Orabona, *Relat. d'une campagne sur la côte Occid. d'Afrique et dans la mer Rouge, à bord du brick le « Génie.* » Th. Montp. 1860.

Tableau LXV. — Fréquence de l'hépatite et gravité de la dysenterie comparées, de région à région, ou de localité à localité dans des régions différentes.

AUTEURS	Régions ou localités	HOPITAUX	Périodes	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE					DYSENTERIE ET DIARRHÉE					DYSENTERIE SEULE		
						Entrées	Pr cent au total des entrées	Décès	Pr cent aux entrées pour hépatite	Pr cent au total des décès	Entrées	Pr cent au total des entrées	Décès	Pr cent aux entrées pr dys. et diarrhée	Pr cent au total des décès	Entrées	Décès	Pr cent aux entrées pour dysenterie
B. Féraud	Sénégal	St-Louis et Gorée	1853-72	66671	3143	1519	2.27	126	8.42	4.00	10.083	15.12	737	7.30	23.44			
L. d'Ormay	Cochinchine	Hôpitaux et Ambulances .	1863-70	105220	2960	713	0.67	82	11.50	2.77	18.860	17.92	1.163	6.16	39.29	7.154	1 046	13.92
B. Féraud	Martinique	St-Pierre et F. de France. .	1866-75	19738	550	307	1.56	32	10.42	5.81	2.835	14 36	56	1.97	10.18			
Olmeta	Martinique	St-Pierre. .	1860-67	4439	85	147	3.31	14	9.52	16.47	555	12.50	14	2.52	16.47			
Med. top.	Madras	Hôp. général.	1829-38	9779	529	259	2.64	22	8.49	4.15	895	9.15	71	7.93	13.42	284	34	11.97
Morehead	Bombay	Hôp. gén. Europ.	1838-53	20147	1289	711	3.52	102	14.34	7.91						1.491	289	19.38
Id.	Id.	J. Jejeebhoy hosp.	Id.	25190	4104	208	0.8	23	11 06	0.6	2.305	9.1	899	39.0	21.90	1.201	474	39.4
Smart	Hong-Kong	R. N. hosp .	1846-58	4738	410	91	1.92	20	21.97	4.87	1.347	28.42	233	17.29	56.82	1.009	210	20.81

TABLEAU LXVI. — Gravité comparée de l'hépatite et de la dysenterie, de région à région, ou de localité à localité dans des régions différentes.

AUTEURS	RÉGIONS ou LOCALITÉS	Provenance des MALADES	Périodes	HÉPATITE				DYSENTERIE ET DIARRHÉE				DYSENTERIE SEULE			
				Entrées	Décès	Congés	Total des décès et congés	Entrées	Décès	Congés	Total des décès et congés	Entrées	Décès	Congés	Total des décès et congés
				Pr cent au total des entrées	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent aux en'rées pour hépatite	Pour cent au total des entrées	Pr cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	Pr cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	Pr cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	Pour cent au total des entrées	Pr cent aux entrées pour dysenterie	Pr cent aux entrées pour dysenterie	Pr cent aux entrées pour dysenterie
Arnaud	Thérapia	Marins	1853-56	0.72	62.5		62.5	8.29	12.5	6.52	19.02	3.60	28.75	15	43.75
Smart	Hong-Kong	Soldats et marins	1846-59	1.92	21.97	23.07	45.05	28.42	17.29	25.01	41.57	21.29	20.81	25.47	46.26
L. d'Ormay	Cochinchine	Id.	1867-68	0.96	12.19	34.75	46.95	18.62	10.12	13.20	23.23				
B. Féraud	St-Louis (Sénégal)	Id.	1853-72	2.56	6.60	30.31	36.91	16.89	6.30	12.52	18.88				
M. topography	Madras	Troupes Européennes	1829-38	6.02	4.84	1.77	7.59	13.65	6.04	0.39	6.44				

Tableau LXVII. — Fréquence de l'hépatite et gravité de la dysenterie, comparées en diverses localités d'une même région.

RÉGIONS	LOCALITÉS	Périodes	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE					DYSENTERIE ET DIARRHÉE				
					Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pr cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès	Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pr cent aux entrées pr dys. et diarrhée	Pour cent au total des décès
Sénégal	St-Louis	1853-72	42.685	1.981	996	2.33	72	7.22	3.63	6.891	16.14	520	7.54	26.75
	Gorée		23.806	1.162	533	2.23	53	9.94	4.56	3.192	13.40	217	6.79	18.67
Martinique	St-Pierre	1866-75	5.682	176	102	1.79	12	11.76	6.81	1.155	20.32	23	1.99	13.06
	Fort de France		14.056	374	205	1.45	20	9.75	5.34	1.680	11.95	33	1.96	8.82
Cochinchine	Saïgon	1867	4.935	251	41	0.83	8	19.51	3.18	886	17.95	157	17.72	62.51
	Mytho		1.954	72	25	1.27	3	12	4.16	529	27.07	42	7.93	58.33
	Baria		622	12	5	0.80	0	»	»	41	6.59	1	2.43	8.33
	Bienhoa		426	24	9	2.11	2	22.22	8.33	130	30.51	8	6.15	33.33

Mais revenons aux termes de la loi de Dutroulau et voyons si les autres problèmes de statistique qui en découlent, la justifient :

Dans une même région, une relation constante existe-t-elle, de localité à localité, entre la fréquence de l'hépatite et la gravité de la dysenterie? On peut en douter : car il ressort du tableau LXVII, qu'en Cochinchine, l'hôpital de Saïgon a eu la dysenterie la plus grave, tandis que le chiffre proportionnel le plus élevé des entrées pour hépatite s'est présenté à Bien-Hoa. Il est vrai qu'au Sénégal et à la Martinique, pour une période d'observation beaucoup plus longue, la loi est vérifiée.

Dans une même région ou localité une relation constante existe-t-elle d'une année à l'autre entre la fréquence de l'hépatite et la gravité de la dysenterie? Nullement, et l'on peut s'assurer, en consultant le tableau LXVIII : qu'à Saint-Pierre (Martinique) si le maximum de fréquence de l'hépatite et le maximum de gravité de la dysenterie caractérisent, l'un et l'autre, l'année 1848, l'hépatite la moins fréquente et la dysenterie la moins grave appartiennent, celle-ci à l'année 1847, celle-là à l'année 1846; qu'en Cochinchine, la gravité maxima de la dysenterie s'étant produite en 1867, la fréquence maxima de l'hépatite (1.10 °/₀) s'est manifestée l'année suivante et que la succession inverse a eu lieu pour les minima, le minimum de l'hépatite (0,46 °/₀) devant être rapporté à l'année 1863, tandis que celui de la dysenterie (4.70 °/₀) est échu à l'année 1864.

Dans une même région ou localité, une relation constante existe-t-elle, de période à période, entre la fréquence de l'hépatite et la gravité de la dysenterie ?

Le tableau LXIX fait encore, à cette question, une réponse négative, tant pour la statistique de Bombay que pour celle de St-Pierre. Dans la première, en effet, c'est la période 1838-43 qui compte le plus d'hépatites (4.8 °/₀), et la période 1849-53 qui accuse la dysenterie la plus grave (23.1 °/₀). Dans la seconde, l'hépatite présente sa plus grande fréquence (5.06 °/₀) de 1830 à 1846, et la dysenterie s'y rencontre au summum de gravité (17.38 °/₀) de 1846 à 1852.

Le tableau LXX établit que ce rapport existe à Gorée (Sénégal), mais qu'il manque à St-Louis et au total des deux localités.

Dans une même région ou localité, une relation constante existe-t-elle, de profession à profession, entre la fréquence de l'hépatite et la gravité de la dysenterie ?

Dernier échec à la théorie : les troupes qui contribuent le plus à la morbidité par hépatite ne sont pas les plus éprouvées par la dysenterie. A St-Louis, les troupes de cavalerie, qui ont le plus

d'entrées pour hépatite (8.8 °/ₒ à l'effectif-tableau LVI) ou (8.18 °/ₒ au total des entrées, tableau LXXI), comptent après l'artillerie, le moins de décès dysentériques (6.18 °/ₒ aux entrées correspondantes). A Gorée, la progression est régulière si l'on exprime la fréquence de l'hépatite par le pour cent à l'effectif (tableau LVI) ; elle ne l'est plus si l'on prend pour base, le pour cent de ses entrées au total. (tableau LXXI).

TABLEAU LXVIII. — Fréquence de l'hépatite et gravité de la dysenterie, comparées d'une année à l'autre, dans une même localité ou région.

RÉGIONS OU LOCALITÉS	Années	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE					DYSENTERIE & DIARRHÉE				
				Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès	Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pr cent aux entrées pr dys. et diarrhée	Pour cent au total des décès
Saint-Pierre (Martinique)	1846	1.324	85	28	2.11	8	28.57	9.41	698	52.71	56	8.02	65.88
	1847	1.435	113	73	5.08	16	21.91	14.15	851	59.30	59	6.93	52.21
	1848	1.478	150	101	6.83	27	26.73	18	832	56.29	102	12.25	68
	1849	1.371	113	53	3.86	9	16.98	7.96	577	42.08	69	11.95	61.06
	1850	1.019	67	49	4.80	6	12.24	8.95	429	42.10	39	9.09	52.80
	1851	769	39	34	4.42	4	11.76	10.25	317	41.22	22	6.94	56.41
Cochinchine	1863	22.269	632	104	0.46	11	10.57	1.58	4.114	18.47	240	5.83	37.97
	1864	18.812	506	124	0.64	14	11.29	2.76	3.297	17.52	155	4.70	30.63
	1865	15.279	376	110	0.71	17	15.45	4.49	2.372	15.52	118	4.97	31.38
	1866	15.125	323	81	0.53	11	13.58	3.40	1.606	10.61	102	6.35	31.57
	1867	12.284	440	111	0.90	13	11.71	2.95	2.395	19.49	246	10.27	55.90
	1868	4.793	139	53	1.10	7	13.20	5.03	795	16.58	76	9.55	54.67
	1869	9.048	256	82	0.90	6	7.31	2.34	2.197	24.28	111	5.05	43.35
	1870	7.710	286	58	0.75	3	5.17	1.04	2.094	27.15	115	5.49	40.20

TABLEAU LXIX. — Fréquence de l'hépatite et gravité de la dysenterie, comparées, de période à période, dans une même localité.

Auteurs	LOCALITÉS	Périodes	Total des décès	Total des entrées	HÉPATITE					DYSENTERIE ET DIARRHÉE					DYSENTERIE (seule)				
					Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès	Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	Pour cent au total des décès	Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	Pour cent au total des décès
Morehead	Bombay (Hôp. général Européen).	1838-43	7.579	544	370	4.8	52	14	11.6						607	8.00	113	18.61	20.7
		1844-48	6.796	387	169	2.5	23	13.6	5.9						430	6.3	71	16.5	18.4
		1849-53	5.772	358	172	2.9	27	15.7	7.5						454	7.8	105	23.1	29.4
Olmeta	Saint-Pierre (Martinique)	1830-46	23.356	1.676	1.182	5.06	95	8.03	5.66	5.366	24.13	686	12.17	40.93					
		1846-52	7.396	617	239	3.23	70	29.28	11.34	1.841	24.89	320	17.38	51.86					
		1852-68	16.589	961	306	1.84	34	11.11	3.53	1.579	9.51	119	7.53	12.38					

TABLEAU LXX. — Fréquence de l'hépatite et gravité de la dysenterie, comparées, de race à race, dans une même localité.

Périodes	LOCALITÉS	RACES	Total des entrées	Total des décès	HÉPATITE					DYSENTERIE ET DIARRHÉE				
					Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour hépatite	Pour cent au total des décès	Entrées	Pour cent au total des entrées	Décès	Pour cent aux entrées pour dysenterie et diarrhée	Pour cent au total des décès
1853-72	St-Louis (Sénégal)	Européens . . .	34.437	1.379	810	2.35	58	7.16	4.20	5.651	16.40	338	5.98	24.51
		Noirs.	8.248	602	186	2.26	14	7.52	2.32	1.240	15.03	182	14.67	20.23
	Gorée	Européens . . .	21.771	937	492	2.25	49	9.95	5.22	3.006	13.76	206	6.85	21.98
		Noirs.	2.035	225	41	2.01	4	9.75	1.77	186	9.14	11	5.91	4.88
	Les deux localités	Européens . . .	56.208	2.316	1.302	2.31	107	8.21	4.62	8.657	15.40	544	6.28	23.48
		Noirs.	10.283	827	227	2.20	18	7.92	2.17	1.426	13.86	193	13 53	23.33

Tableau LXXI. — Fréquence de l'hépatite et gravité de la dysenterie, comparées, de profession à profession, dans une même localité.

PÉRIODE	LOCALITÉS	CORPS DE TROUPE	HÉPATITE								DYSENTERIE ET DIARRHÉE							
			Entrées		Décès		Congés		Total des décès et des congés		Entrées		Décès		Congés		Total des décès et des congés	
			pour cent à l'effectif	pour cent au total des entrées	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour hépatite	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour hépatite	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour hépatite	pour cent à l'effectif	pour cent au total des entrées	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour dysenterie	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour dysenterie	pour cent à l'effectif	pour cent aux entrées pour dysenterie
1853 — 72	St-Louis. . .	Infanterie . .	5.08	3.80	0.330	6.49	1.45	28.57	1.78	35.08	34.7	25.96	2.26	6.53	3.92	11.31	6.19	17.85
		Artillerie . .	2.5	1.79	0.330	13.04	1.24	49.27	1.58	62.31	32.6	23.16	1.69	5.18	4.77	14.62	6.46	19.79
		Cavalerie. . .	8.8	8.18	0.31	3.57	1.88	21.42	2.20	25. »	18.3	17.00	1.13	6.18	2.76	15.12	3.89	21.30
		Disciplinaires	3.0	1.20	0.60	50. »	1.13	37.5	2.64	87.5	50.9	20.30	1.75	8.14	1.50	2.96	5.66	11 11
		Marine . . .	3.4	2.24	0.25	7.46	1.29	37.63	1.55	45.16	23.0	15.07	1.48	6.41	3.92	16.98	5.40	23.39
	Gorée	Infanterie . .	3.3	2.51	0.30	8.90	0.34	10.27	0.64	19.17	26.7	19.92	1.66	6.22	2.42	9.08	4.09	15.31
		Artillerie . .	4.04	3.41	0.09	2.08	0.38	8.33	0.46	12.5	23.6	18.07	1.58	6.69	1.20	5.11	2.79	11.81
		Disciplinaires	4.1	2.58	0.68	16.92	0.74	18.46	1.42	35.30	29.4	18.71	2.60	8.90	2.10	7.23	4.71	16.17

La comparaison de l'hépatite et de la dysenterie, de gravité à gravité, ne conduit pas non plus à une relation constante, qu'on représente cette gravité par la proportion pour cent des décès aux entrées ou qu'on lui assigne pour indice, celle de la somme des décès et des congés aux entrées.

Que conclure de cette enquête ?

Qu'il n'y a pas, dans les régions où l'hépatite suppurative et la dysenterie sont endémiques, de parallélisme complet entre la fréquence de l'une et la gravité de l'autre, qu'aucun rapport ne saurait être établi entre leurs oscillations, ou que ce rapport, s'il existe, n'est pas tel que l'a formulé Dutroulau.

La seule proposition actuellement inattaquable est la suivante : Tous les pays à dysenterie ne sont pas des pays à hépatite. Tous les pays à hépatite sont des pays à dysenterie.

(b). *Histoire médicale.* — Dans les foyers endémiques *mixtes*, l'hépatite suppurative subit, de temps à autre, des recrudescences imputables aux exacerbations épidémiques de la dysenterie. Il se peut que, dans ce cas, la morbidité par hépatite s'accroisse en même temps que la morbidité par dysenterie ; mais, très généralement, l'élévation de celle-là *succède* à l'élévation de celle-ci. Ainsi ont évolué la dysenterie endémo-épidémique et l'inflammation du foie, en Cochinchine : le médecin en chef Lalluyaux d'Ormay l'a très bien indiqué, dans son rapport sur l'année 1867 : « Le fait très remarquable que j'ai déjà cité de l'apparition d'hépatites très nombreuses à la *cessation de l'épidémie*, doit, dit-il, fixer encore ici notre attention en nous montrant combien il est certain qu'il y a une sorte de *balancement* établi entre les maladies du foie et les dysenteries, et en mettant hors de doute ce principe déjà bien établi de la révulsion réciproque de la fluxion de l'un sur l'autre viscère. En effet, dans toutes les autopsies que nous avons faites pendant l'épidémie, nous n'avons pas trouvé un seul abcès du foie, tandis qu'à partir du 25 août, on rencontrait chaque jour des hépatites aiguës dans le service et des abcès dans le foie des dysentériques décédés » (1).

Il semble même que cette répercussion de la dysenterie sur l'hépatite puisse s'étendre au-delà de l'année signalée par l'expansion épidémique de la première affection et influencer l'année suivante. C'est ainsi qu'à l'examen du tableau LXVIII, le lecteur constatera

(1) *Statistique méd. de la Cochinchine Française.*

que les maxima *fréquentiels* de la dysenterie et de l'hépatite ont été successifs, à la Martinique et en Cochinchine.

Dans les pays où l'inflammation suppurative du foie est très faiblement endémique, sa fréquence augmente sensiblement à l'occasion de la dysenterie devenue épidémique. Les rares abcès du foie que les médecins de la marine ont observés à Tahiti, se sont produits, surtout, dans ces circonstances. Il en a été de même en Italie, en Crimée et en Turquie (1).

La dysenterie épidémique fait apparaître des abcès du foie, en des pays où l'hépatite purulente n'existe pas à l'état d'endémie. A Mayotte, Grenet a rencontré, coup sur coup, 4 abcès du foie mortels, après une épidémie de dysenterie qui avait donné lieu à 144 entrées et à 22 décès. Notons que cette relation s'est présentée, non seulement dans la zone intertropicale, mais, même sous nos climats, dans des régions brumeuses et froides comme la Hollande (2) et l'Irlande (3).

De l'énoncé de ce fait, il ne faudrait pas induire, cependant, que toute épidémie européenne de dysenterie doit, s'il ne s'agit pas là d'une coïncidence fortuite, donner lieu à des abcès du foie. Les observations négatives sont fort nombreuses (4) : mais elle ne sont pas acceptables comme objections à l'étiologie que nous venons d'exposer. A l'extrême rigueur, tout ce qu'elles pourraient prouver, c'est que le foie suppure difficilement, même à l'instigation de la dysenterie épidémique, quand son tissu n'a pas subi des modifications préalables qui, très généralement, lui manquent dans nos pays (5). Au surplus, pour de tels effets, même dans des conditions d'opportunité pathogénique peu favorables en apparence, il n'est pas indispensable que la dysenterie sévisse sous la forme épidémique. Maladie *sporadique*, elle peut encore amener la suppuration du foie, dans nos contrées d'Europe.

(1) V. Chap. II. Distribution géographique.

(2) Pringle. — Schmidt (Rotterdam), cité par Rendu, p. 44.

(3) Abercrombie. — Dysenterie épidémique d'Irlande, 1822.

(4) Pas un abcès du foie n'a été constaté, au cours de l'épidémie de dysenterie que l'un d'eux a observée à Toulon en 1887 et décrite en 1888 (L. E. Bertrand, arch. méd. navale et tirage à part. O. Doin).

(5) « Quand même l'hépatite ne coïnciderait jamais avec la dysenterie dans les pays froids, ce ne serait pas une preuve contre cette corrélation dans les pays chauds. En effet, pour qu'une hépatite se déclare dans le cours d'une dysenterie, l'existence de celle-ci ne suffit pas pour la faire naître, mais il est nécessaire que le foie soit dans certaines conditions prédisposantes à l'inflammation. » (Catteloup, *Mémoire sur la coïncidence de l'hépatite, etc.*)

Telle est la cause la plus commune des *grands* abcès hépatiques *nostras*. Les rares auteurs contemporains qui, se refusant à admettre un lien étiologique entre l'hépatite suppurative et la dysenterie ou contestant que l'abcès dysentérique puisse être la conséquence d'une pyoémie d'origine intestinale, ont objecté que la dysenterie de nos climats n'est ni accompagnée ni suivie d'hépatite purulente (1), doivent renoncer à cet argument, s'ils possèdent quelques notions de bibliographie internationale; car, sans remonter aux observations de Manget et de Portal, longue est maintenant la liste des documents cliniques et anatomiques publiés, démontrant que l'abcès du foie et la dysenterie sporadique Européenne sont, comme l'hépatite suppurative et la dysenterie endémique des pays chauds. deux états pathologiques connexes et corrélatifs (2).

Voici un exemple bien net d'abcès du foie déterminé par une dysenterie nostras ; il a été observé à l'hopital St-Mandrier :

Obs. VIII. — Borg. . . . . . mécanicien, Corse, embarqué sur le Richelieu. *N'est jamais allé aux colonies ;* a navigué, comme chauffeur, dans la Méditerranée.

Le 1er mai 1883, à Toulon, dysenterie ; selles fortement sanguinolentes. 5 juin. Douleurs à l'hypochondre droit et à l'épaule correspondante. Fièvre. A la fin de juin, amélioration ; mais dyspepsie persistante.

20 juillet. Reprise des douleurs au côté droit et à l'épaule.

3 août. Douleurs vives. Fièvre, Toux ; dyspnée. Obscurité du murmure vésiculaire à droite et en arrière ; souffle ; voix chevrotante.

(1) « Dans les climats tempérés, un abcès *volumineux* ne se rencontre pas en connexion avec la dysenterie » (Murchinson. *Leçons cliniques sur les maladies du foie.*)

(2) Monlon. *Dissert. sur l'hépatitis.* Th. Montp., 1816. — Behier. *Abcès du foie lié à une dysent. chronique.* Gaz. des hôp. Nos 116 et 117, 1869. — Langlet. *Dysent. chronique : abcès du foie.* Bull. de la Soc. anat., 1873. — Dubain. *Essai sur l'hépat. supp. de nos climats.* Th., Paris 1876. — Bergès. *Etude sur les abcès du foie consécutifs à la dysenterie des régions tempérées.* Th. Paris, 1876. — Dreyfous. *Abcès du foie : dysenterie chronique de nos pays.* Bull. de la Soc. anat., 1877. — Bernard (Jh.). Essai *clinique sur les abcès du foie.* Th. Montp. 1879., obs. I et IV.— Bouveret. *Obs. d'abcès du foie*, etc. Lyon méd. 10 avril 1880. — Py. *Des abcès du foie considérés surtout au point de vue du traitement.* Th. Montp. 1884. obs. IV. — Bellot. *Notes sur les abcès du foie observés dans les pays chauds.* Th. Bordeaux, 1886, obs. VII. — Mabboux. *Traitement chirurgical des abcès du foie.* Rev. de chirurgie, 1887. — Arnaud. *Considérat. sur l'hépat. supp. de nos climats.* Marseille, 1887. — Du même. *Hépat. supp. aig. de nos climats.* Congrès de Marseille, septembre 1891. — Bertrand (L. E.) *Relevé statistique des abcès du foie opérés par la méth. de S. Little, etc.* Rev. de chirurgie Août 1890, obs. XIII.

19 août. Frisson prolongé. Pleurésie manifeste. Ponction aspiratrice avec le trocart de Potain. Extraction de 750 gr. de sérosité citrine.

24 août. Abondante expectoration de crachats rouge brique. Toux très pénible. Hecticité. Vomiques.

Mort le 22 septembre.

A l'*autopsie*, pleurésie droite et abcès du foie en communication avec le poumon.

Nous venons d'opérer (mai 1892), dans le même hôpital, un soldat d'infanterie de marine qui *n'a jamais servi aux colonies* et a été atteint d'abcès du foie après une fièvre typhoïde suivie de dysenterie.

c) *Clinique.* — On rencontre fréquemment, dans les hôpitaux des colonies et les hôpitaux maritimes où sont reçus les convois de rapatriement, des malades offrant simultanément des signes d'abcès du foie et les symptômes d'une dysenterie aiguë, subaiguë ou chronique.

Quand la dysenterie ne figure pas au tableau symptomatique, on apprend, ordinairement, par l'interrogation des sujets, qu'ils ont été atteints de cette affection, quelques semaines, quelques mois auparavant, ou que leur dysenterie, plus aiguë et plus récente, s'est arrêtée brusquement quand s'est déclaré l'abcès du foie. Les cas dans lesquels cette enquête ne donne que des résultats négatifs sont l'exception; encore arrive-t-il, dans ces circonstances, que la nécropsie vienne démentir des renseignements cliniques qu'on aurait pu croire sérieux (1).

(d) *Anatomie pathologique.*—Lorsqu'on procède aux autopsies avec l'attention nécessaire, lorsqu'on ne note pas seulement les larges et profondes ulcérations de la muqueuse intestinale et qu'on interprète

(1) Dans l'observation III d'un mémoire de Léo (*obs. d'hépat. supp. recueillies à l'hôp. maritime de Cherbourg*. Arch. de méd. nav. Décembre 1890), le malade qui vient de faire une campagne extrêmement pénible en Indo-Chine, sur le *Turenne*, « déclare bien nettement qu'il n'a *jamais* eu ni diarrhée ni dysenterie. »

A l'autopsie, « l'intestin grêle est considérablement atrophié: son calibre est réduit au tiers du calibre normal. . . . . . Le gros intestin présente des lésions anciennes de colite et de rectite: il contient très peu de matières fécales sous forme de scybales très-dures; les lésions de cette partie de l'intestin consistent surtout en une véritable sclérose des parois qui sont notablement épaissies et indurées; le calibre de toute cette partie terminale du tube intestinal est non seulement diminué, mais encore il présente plusieurs rétrécissements annulaires; la muqueuse est par places comme hypertrophiée, et, dans l'ampoule rectale, elle est enduite d'un revêtement muco-purulent. »

comme il convient les exulcérations, fissures, cicatrices, enduits, plaques vasculaires ou pigmentées, lorsqu'on ne s'en laisse pas imposer par des apparences macroscopiques qui pourraient faire croire qu'il n'y a pas d'ulcération alors que toute la muqueuse est détruite, lorsqu'enfin, dans le doute, on a recours à la loupe ou au microscope, on s'arrête à cette conclusion que les lésions de la dysenterie actuelle ou passée, en évolution ou éteinte, coïncident avec celles de l'hépatite suppurée, sur le cadavre.

Il est très intéressant d'entreprendre, sur ces données, la révision d'observations présentées comme des exemples d'abcès du foie sans dysenterie parce que l'examen macroscopique n'y a pas relevé d'ulcérations. Les altérations du gros intestin y sont, le plus souvent, assez accusées par ailleurs, pour que, contrairement à l'opinion des auteurs qui les ont consignées dans leurs ouvrages, on hésite à leur reconnaître la signature dysentérique. C'est ainsi que, dans la série des observations *négatives* de Morehead, nous en relevons 10 sur 12 où les lésions du tube digestif peuvent, disons plus, doivent être rapportées à la dysenterie, en dépit de la mention : pas d'ulcération intestinale : *obs. 260.* Muqueuse de l'intestin grêle et du cœcum congestionnée; — *obs. 261.* Muqueuse du gros intestin plaquée de rouge et de gris sombres ; — *obs. 262.* Muqueuse intestinale amincie, avec exsudation granuleuse sur celle du gros intestin ; — *obs. 263.* Marques cicatricielles sur la muqueuse du côlon ; — *obs. 266.* Muqueuse du gros intestin amincie et ramollie par places ; — *obs. 267.* Plaques d'œdème en saillie et de rougeur à la surface interne du côlon ; — *obs. 268.* Estomac et intestin grêle rétrécis; leur muqueuse légèrement amincie; surface interne du gros intestin granuleuse et d'aspect charnu ; — *obs. 269.* Cœcum coloré en rouge sombre; — *obs. 270.* Muqueuse du rectum et du côlon ascendant légèrement épaissie ; dépôt de lymphe granuleux dans le côlon transverse ; — *obs. 271.* Intestin grêle contracté, à l'exception du duodénum considérablement dilaté; calibre du côlon ascendant, jusqu'à la courbure hépatique, extrêmement réduit.

Ajoutons que, dans l'observation *264*, l'intestin n'a pas été examiné.

Sans contester qu'il puisse y avoir coïncidence de l'hépatite suppurative et de la dysenterie, quelques médecins anglais soutiennent que ces deux affections sont plus souvent indépendantes qu'assujetties l'une à l'autre. Pour défendre leur théorie et battre en brêche la doctrine adverse, celle qui croit à la solidarité étiologique des états morbides en question, ils ont produit des statistiques

d'où il ressort en effet, si l'on accepte le point de vue où ces auteurs se sont placés, que les cas dans lesquels la dysenterie a coexisté avec l'abcès hépatique sont l'exception et non la règle.

Voici quelques chiffres indiqués par Ranald-Martin (1), sir Jh Fayrer (2) et Rendu (3) :

Parmi les Européens traités à l'hôpital général de Calcutta, Macpherson trouve 21 cas d'abcès du foie sur 160 cas de dysenterie aiguë (13 °/₀). Waring, sur 663 dysenteries terminées par la mort, en relève 149 accompagnées d'abcès du foie (23.54 °/₀). La statistique d'Eyre accuse 27 cas d'abcès sur 118 cas de dysenterie (22.18 °/₀) ; celle de Moore donne 27 cas d'abcès sur 127 cas de dysenterie (22.05 °/₀). Parker ne rencontre que 5 cas d'abcès, à l'autopsie de 23 dysentériques (21.73 °/₀). Morehead, enfin, sur 50 cas mortels de dysenterie, ne constate pas un seul abcès.

On a livré, sur ce terrain, bien des batailles inutiles. Pourquoi discuter encore et poursuivre plus longtemps la solution d'un problème évidemment mal posé ? Il ne s'agit pas de savoir combien de cas d'abcès se sont montrés sur tant de dysenteries ; mais, sur tant d'abcès, combien ont présenté la complication dysentérique.

Rendu, qui n'a jamais pratiqué dans les pays chauds, ce qui ne l'a pas empêché d'écrire la meilleure monographie que notre littérature médicale possède sur l'hépatite suppurative, est le seul auteur qui ait fait cette judicieuse et nécessaire remarque. Qu'on renverse, comme il le dit, les termes de la statistique : qu'on prenne, pour point de départ, non le chiffre des dysenteries, mais bien celui des abcès du foie ; et qu'on juge.

La question ainsi abordée, les résultats ne sont plus les mêmes. Rouis trouve qu'en Algérie, les lésions de l'hépatite purulente et de la dysenterie coïncident dans les neuf dixièmes des cas. Julien (4), en Cochinchine, sur plus de 200 autopsies, n'a rencontré que deux cas d'abcès du foie sans affection du tube digestif.

Nous avons, nous-mêmes, relevé à l'hôpital St-Mandrier, de 1875 à 1891, 100 cas d'abcès du foie dont le diagnostic a été établi par l'opération chirurgicale, l'autopsie, ou l'évacuation spontanée du pus, et sur lesquels 91 cas de dysenterie ont été notés : 14 douteux et 77 anatomiquement ou cliniquement caractérisés.

(1) *The influence of tropical climates, etc.* Lond. 1856 et 1861.

(2) *Liver absc. and dysentery.* The Lancet, 1881. Vol. 1.

(3) Art. *foie* du Dict. Encyclopédique.

(4) *Aperçu sur les lésions anat. de la dysenterie en Cochinchine.* Th. Montp., 1864.

Tableau LXXII. — Relation des abcès du foie avec divers états pathologiques. — Statistique de l'hôpital de St-Mandrier, de 1875 à 1891 inclus (en partie).

NOMBRE D'ABCÈS du foie	AVEC DYSENTERIE				AVEC IMPALUDISME			Avec anémie de cause indéterminée	Avec fièvre typhoïde	Sans relation pathologique précise
	Positive			Douteuse	Seul	Compliqué de dysenterie				
	Primitive	Secondaire	Concomitante			Positive	Douteuse			
100	66		11	14	1	10	8	4	2	2

Les 14 cas douteux éliminés, il reste, pour la connexion de l'hépatite et de la dysenterie, la proportion imposante de 77 °/ₒ. Or, comme le font observer MM. Kelsch et Kiener, qui, par l'analyse de 314 faits complets d'abcès hépatiques utilisables pour la statistique, arrivent, de leur coté, au chiffre proportionnel de 75 °/ₒ, c'est sur un rapport plus faible (50 à 60 °/ₒ) que Bouillaud, dans ses célèbres recherches sur le rhumatisme articulaire et l'endocardite, a fondé la loi de la coïncidence et l'identité de nature des deux affections (1).

(e). *Bactériologie.* — Les microbes et, même, les protozoaires (amibes) dont la présence a été constatée dans les abcès du foie, se rencontrent, aussi, dans l'intestin dysentérique.

Mais le moment n'est pas venu d'exposer cette question : nous nous contenterons de l'énoncer.

(1) Murchinson, qui croit à l'indépendance de la dysenterie et de l'hépatite, écrit (loc. cit.) : « Morehead a observé 21 cas de mort par abcès du foie *sans aucun signe d'ulcération intestinale*, tandis que sur 204 cas d'abcès du foie réunis par Waring, 51 ou exactement un quart ne présentaient ni ulcérations, ni cicatrices, ni érosions. Enfin, dans le musée pathologique de Nettley, il y a 48 spécimens d'abcès tropicaux du foie, sur lesquels 34 ne furent compliqués d'aucune lésion intestinale. »

Nous avons vu ce qu'il faut penser des observations de Morehead et de leur signification quant à la dysenterie. Pas d'ulcération intestinale *macroscopique*, soit ; mais pas d'autre lésion dysentérique, non ! — Les 204 cas de Waring donnent 75 o/o d'abcès avec dysenterie. – Les 48 cas du musée de Nettley n'en fournissent, il est vrai, que 29,16 o/o. Les observations négatives de ce dernier groupe (34/48 ou 70.83 o/o) seraient curieuses à revoir au point de vue des lésions intestinales.

Il ne suffit pas d'avoir reconnu une relation pathogénique entre l'hépatite suppurative et la dysenterie : il faut encore l'interpréter.

Le problème n'est pas d'aujourd'hui. Les médecins Européens de la fin du XVIII[e] siècle l'ont résolument abordé ; Zimmermann (1), attribuant la dysenterie à l'acreté de la bile, et Portal écrivant que l'inflammation du foie est tantôt primitive, tantôt secondaire, par rapport à la dysenterie.

Mais il n'a été discuté que depuis les grands travaux de l'école anatomo-pathologique et des médecins de l'Inde Anglaise.

Tout en convenant que l'hépatite peut suivre la dysenterie ou se montrer en même temps qu'elle, Annesley pensait que l'inflammation du foie précède, généralement, la maladie intestinale et la détermine en conséquence des altérations de la bile ou du trouble fonctionnel subi par la glande hépatique (2).

(1) *Traité de la dysenterie.* Traduct. française: Lefèvre de Villebrune. Lausanne, 1794.

(2) « Dysentery, when complicated with disease of the liver, admits of more than one explanation as to the nature of the connexion: and it seems to us, from repeated observation, that this connexion is of two kinds: the dysenteric affection in the first variety appears to be altogether a symtom either of a morbid secretion of bile, or of the advanced stage of structural disease of the liver, generally of its internal texture, as may be learnt from the numerous instances of inflammation and abcess of this viscus detailed in the first volume of the work. In the second variety, the hepatic disease seems to be induced by the disorder of the bowels, more particularly when this disorder is of a subacute or chronic kind, and to proceed. when thus excited, conjointly with it either to a favourable or unfavourable termination. Although the diseases of the liver and bowels, in the majority of instances, thus supervene the one to the other, and become coëxistent, yet we will not deny that the may be in some cases nearly co-eval as respects their origine, or at least very nearly simultaneous in their attack, that the priority of lesion can scarcely be detected.

In those cases, however, where, owing to the state of predisposition in which the bowels and biliary organs may be at the time, and tho the nature of the exciting causes, disease is nearly simultaneous ly produced in these viscera, it will *generally* be found, upon closely analysing the phenomena, that the disordered function of the liver is remarkably efficient in producing dysenteric affection, and that *a morbid state of the biliary secretion* is evident *as its commencement*, even although the liver may betroy no other symptoms of serious derangement at this periode of disease.

In *hepatic dysentery*, therefore, we may consider the relation of morbid action as being chiefly of two kinds ; *first* that in which the dysenteric symptoms are produced by functionnal or organic disease of the liver ; and *secondly*, that in which the diseased actions of the liver are excited by the dysenteric disease commencing in the manner in which we have described in the preceding section » (*Researches into the causes, nature and treat. of the more prevalent diseases of India.* Lond. 1828. Vol. II, p. 199. *Hepatic dysentery*).

Pour Ribes, Budd, Catteloup, J. Perier, l'hépatite purulente est toujours consécutive à la dysenterie.

Pour Cambay, Rouis et Dutroulau, l'inflammation du foie accompagne, précède ou suit l'affection intestinale; mais cette dernière éventualité est, de toutes, la plus commune.

A ces trois séries d'opinions se rattachent des théories que nous exposerons plus loin.

Nous dirons seulement, pour l'instant, qu'à l'exemple de Catteloup en Algérie, l'interrogation des malades, dans nos hôpitaux de la marine, ne nous a pas permis de relever un seul cas de suppuration hépatique antérieure à la dysenterie, et nous ferons remarquer, avec Budd (1), que, bien souvent, la doctrine de l'hépatite primitive a dû procéder d'une interprétation erronée de la succession des phénomènes cliniques, par application vicieuse du « *post hoc ergo propter hoc* ». La plupart des Européens qui résident aux pays chauds souffrent, plus ou moins, du foie, après un certain temps de séjour; les symptômes qu'ils éprouvent ne dépendent nullement d'une inflammation suppurative, pas même d'une inflammation; qu'un de ces Européens soit pris de dysenterie et qu'un abcès du foie survienne, malade et médecin non prévenu en concluront que l'hépatite purulente a été la première en date, puisque des troubles fonctionnels hépatiques ont précédé la dysenterie. Nous savons, d'autre part, que l'un des premiers effets de l'hépatite secondaire est la suppression brusque, mais temporaire, du flux dysentérique: sa réapparition au bout de quelques jours, n'a-t-elle jamais donné le change pour une hépatite primitive? Enfin, n'a-t-on jamais pris pour une dysenterie de première évolution, une récidive, une rechute, une simple recrudescence aiguë de cette maladie endémique?

Ces mêmes raisons nous portent à croire que la dysenterie exactement contemporaine de l'inflammation hépatique est d'une détermination difficile. Nous ne voulons pas nier cette combinaison; mais nous l'estimons peu fréquente, ne l'ayant notée (sous réserves), que 11 fois sur les 77 cas *certains* d'hépatite dysentérique relevés à St-Mandrier.

Reste donc l'hépatite consécutive à la dysenterie. C'est la variété la plus commune, celle que l'on observe dans l'immense majorité des cas. Nous tirons cette conclusion de la proportion élevée (66 sur 77 ou 85.71 °/₀) des hépatites suppuratives précédées de

(1) V. . . . . *Etiologie des abcès du foie*. Union méd., 13 Janvier 1848: Exposé des idées de Budd, après une visite à King's College hospital.

dysenterie que nous avons enregistrées à l'hôpital St-Mandrier, et de certaines données étiologiques comme le fait précédemment noté, d'après Lalluyaux d'Ormay : absence complète d'abcès du foie au cours d'une épidémie de dysenterie en Cochinchine, fréquence extrême de ces abcès à la cessation de l'épidémie.

Les partisans de la théorie qui admet la priorité de l'inflammation hépatique, ont apporté si peu de preuves à l'appui de leur opinion, que notre droit pourrait être de nous en tenir à ces arguments. Cependant, nous avons voulu, avant de passer à un autre sujet, rechercher, par la statistique, quel est l'ordre d'évolution de la dysenterie et de l'hépatite, aux diverses époques de l'année, dans les milieux d'endémie, en procédant de cette idée que, si la suppuration du foie dépend de l'affection intestinale, ses maxima et minima doivent, non pas coïncider avec ceux de la dysenterie, mais les suivre dans la série des mois, trimestres ou saisons.

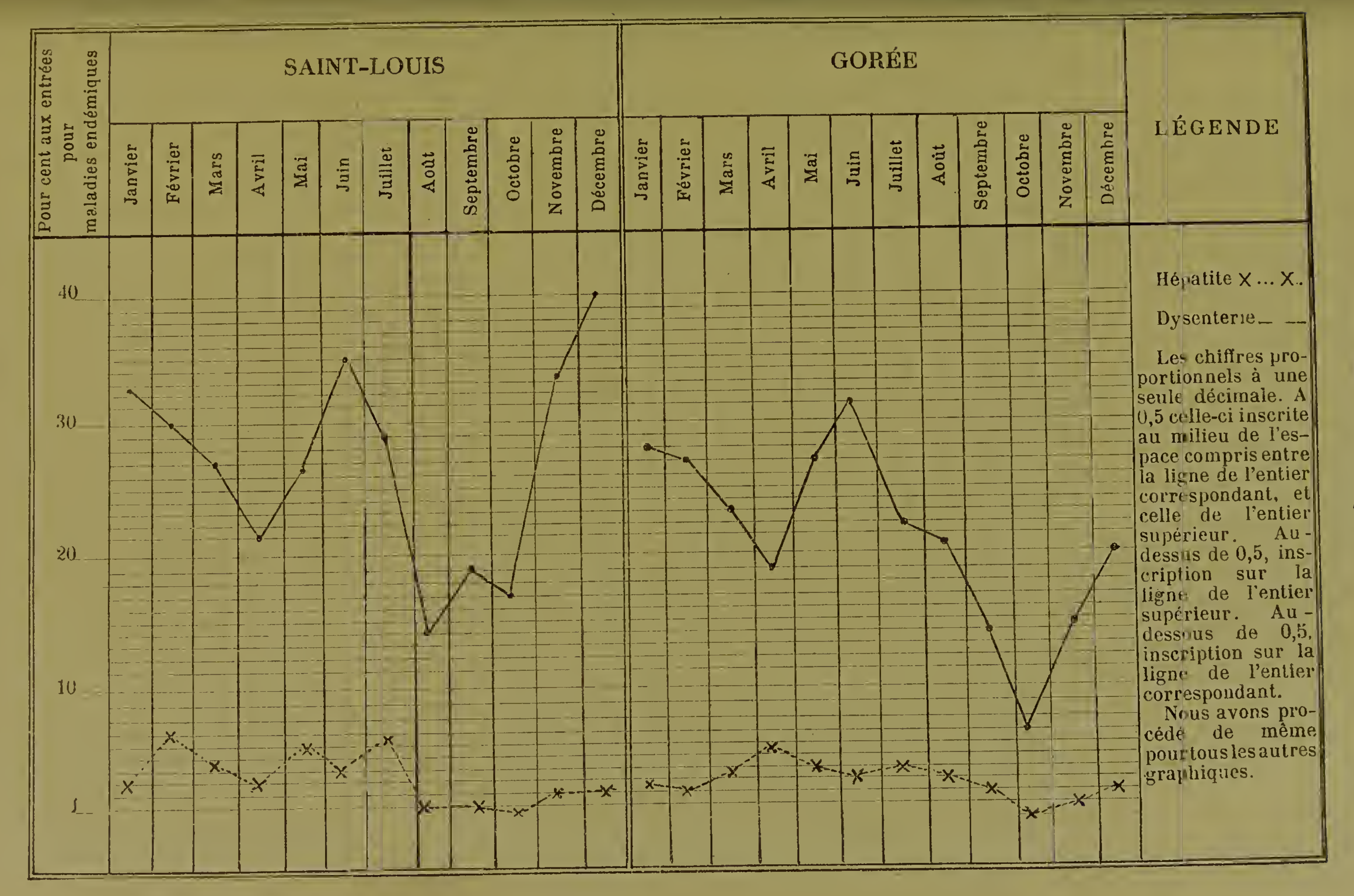
Que nous apprend cette étude ?

A l'hôpital général européen de *Bombay* (tableau XXXVIII), la fréquence de la dysenterie étant maxima en décembre (12.27 °/₀), et minima en mai (4.58 °/₀), l'hépatite a son chiffre d'entrées le plus élevé en février (9.37 °/₀) et le plus faible en juillet (2.18 °/₀) ; ce qui signifie que celle-ci est en retard de deux mois sur celui-là.

Le groupement trimestriel donne comme résultats : maximum de la dysenterie dans le quatrième trimestre (9.02 °/₀) ; minimum dans le second (5.41 °/₀) : maximum de l'hépatite dans le premier (4.83 °/₀), minimum dans le second (3.15 °/₀). Donc les minima coïncident, mais le maximum de l'hépatite demeure consécutif à celui de la dysenterie.

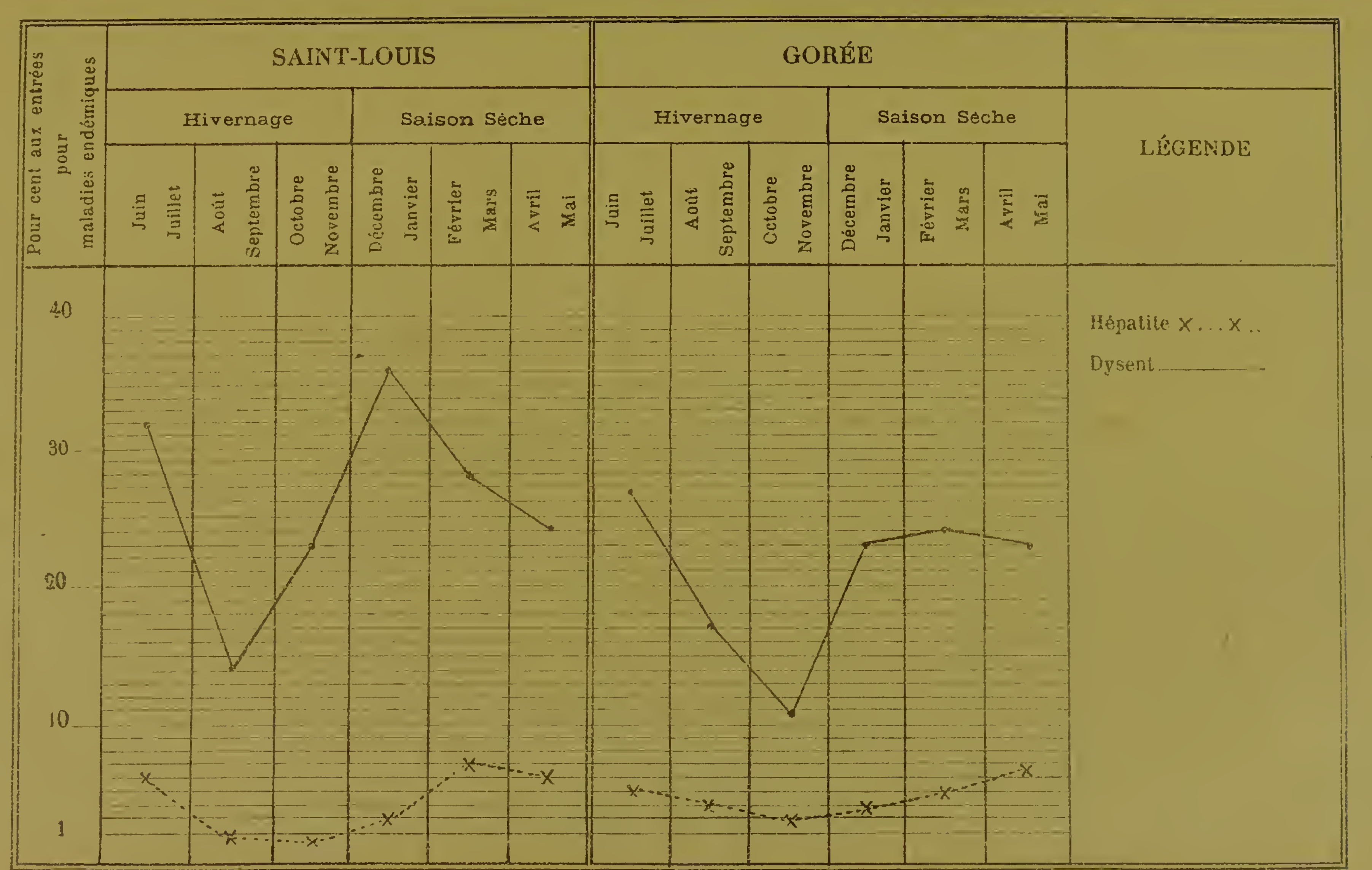
A l'hôpital indigène Jamsetjee Jejeebhoy (tableau XXXIX), deux mois d'intervalle séparent aussi le maximum de la dysenterie qui est en décembre (6.60 °/₀) et celui de l'hépatite qui coïncide avec février (1.7 °/₀). L'opposition des minima à peu près également distants, ne donne aucun renseignement. Pour le même motif, la comparaison des chiffres proportionnels de l'hépatite et de la dysenterie (diarrhée comprise), ne nous indique rien de précis. Les minima trimestriels des deux maladies coïncident ; le maximum de la dysenterie (5.6 °/₀) ou de la dysenterie et de la diarrhée (11.0 °/₀) appartenant au troisième trimestre, tandis que l'hépatite a le sien dans le premier (1.2 °/₀), la signification de cette partie du tableau est nulle.

GRAPHIQUE I. — Morbidité mensuelle par hépatite et dysenterie, au Sénégal (St-Louis et Gorée).



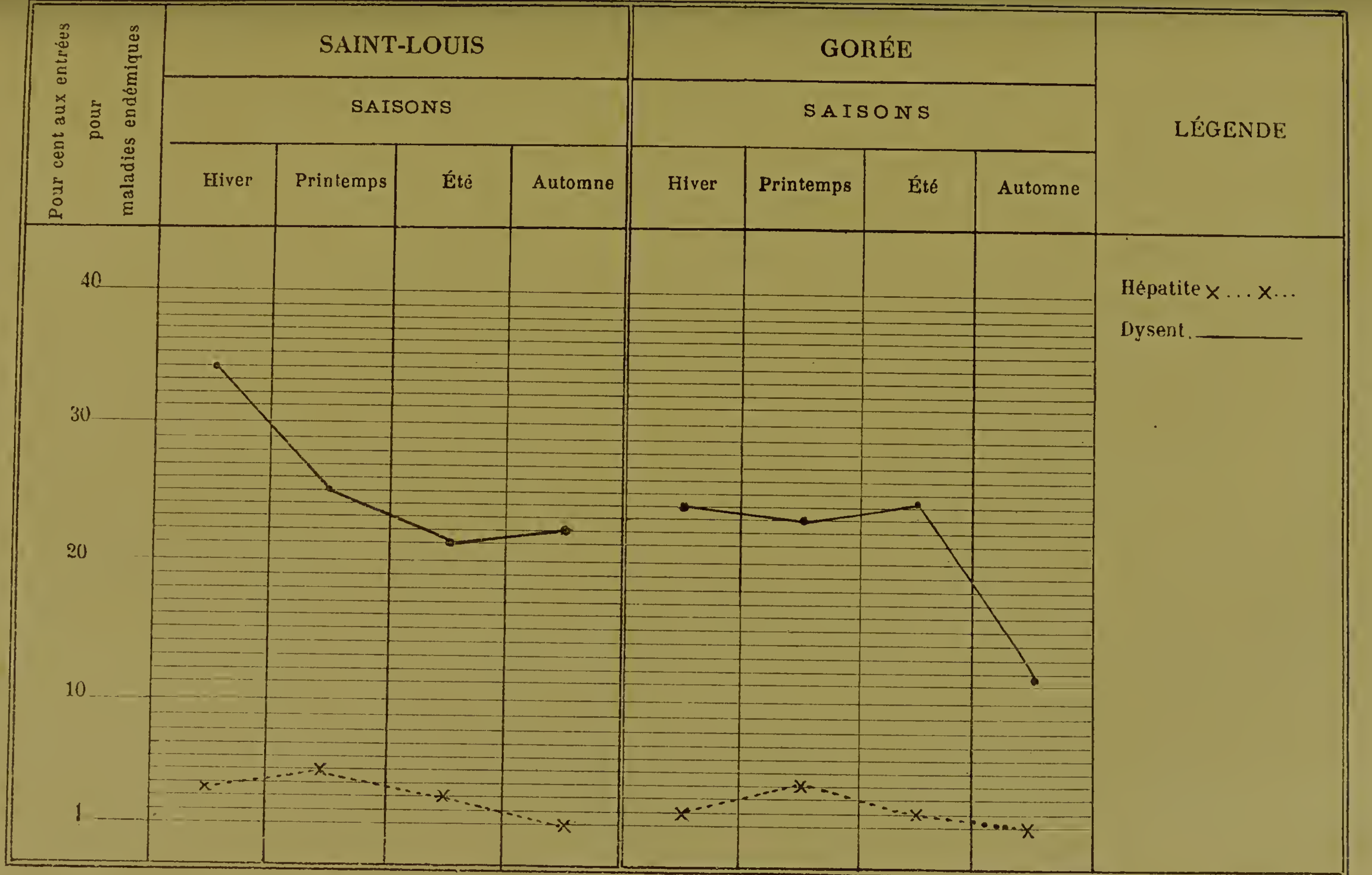
GRAPHIQUE II. — Morbidité bi-mensuelle par hépatite et dysenterie, au Sénégal (Saint-Louis et Gorée), à partir du mois de janvier.

GRAPHIQUE III. — Morbidité bi-mensuelle par hépatite et dysenterie, au Sénégal (Saint-Louis et Gorée). Combinaison de B. Féraud.



GRAPHIQUE IV. — Morbidité trimestrielle par hépatite et dysenterie, au Sénégal (St-Louis et Gorée), à partir du mois de janvier.

combinaison de Borius.



A *Saint-Louis* du Sénégal (tableau XLII et graphique I), les variations sont les mêmes qu'à l'hôpital général de Bombay, pour le maximum de la dysenterie qui est en décembre (38.347 °/₀) et de celui de l'hépatite qui tombe en février (8 °/₀). Les deux affections présentant leur minimum, la première en août (13.914 °/₀), l'autre en octobre (1.712 °/₀), nous pouvons écrire que l'oscillation est conforme aux prémisses de cet exposé et qu'ici encore, elle est mesurée par un intervalle de deux mois.

Si l'on groupe les mois deux par deux, à partir de janvier, (tableau XLIII et graphique II), on n'obtient rien de caractéristique quant aux maxima situés, l'un à la fin, l'autre au milieu de l'année. On constate, néanmoins, que le minimum de la dysenterie, qui est en juillet-août (17.943 °/₀), ne cesse pas de précéder le minimum de l'hépatite survenu en septembre-octobre (1.860 °/₀).

Si, conformément à la combinaison de Bérenger-Féraud, l'année est divisée en deux saisons commençant, l'une au mois de Juin, l'autre en Décembre, on retrouve (tableau XLV et graphique III), la succession accusée par la statistique mensuelle. C'est en Décembre-Janvier qu'il y a le plus de dysenteries (35.913 °/₀); en Février-Mars que l'on compte le plus d'hépatites (6.769 °/₀). Le chiffre d'entrées le moins élevé est en Août-Septembre (14.134 °/₀) pour l'affection intestinale; en Octobre-Novembre (2.121 °/₀) pour l'inflammation du foie.

La dysenterie et l'hépatite ont leur maximum dans la saison sèche; leur minimum pendant l'hivernage.

Du 1er Janvier et par séries de trois mois (tableau XLIV et graphique IV), le plus grand nombre de dysenteries marque le 1er trimestre (29.805 °/₀), le plus grand nombre d'hépatites coïncide avec le second (5.522 °/₀). Le 3me (18.228 °/₀) a moins de dysenteries que tous les autres; le 4e (2.114 °/₀) est le moins fourni en hépatites.

Du 1er Janvier et par semestres, les maladies que nous comparons ont leur plus grande fréquence dans la première moitié de l'année.

Nous constatons enfin, si nous adoptons la combinaison saisonnière de Borius (se reporter au tableau XLVI — graphique V), que la morbidité par dysenterie étant maxima en hiver ou en Décembre-Janvier-Février (34.099 °/₀), et minima en été (Juin-Juillet-Août) (20.903 °/₀), la plus forte morbidité par hépatite tombe au printemps, c'est-à-dire en Mars-Avril-Mai (5.719 °/₀), tandis que son minimum d'entrées (2.080 °/₀ est observé en automne, soit en Septembre-Octobre-Novembre.

Cette subordination chronologique *régulière* de l'hépatite à la

dysenterie n'existe pas à *Gorée*, et le lecteur pourra voir, en consultant les tableaux et les graphiques correspondants, que le plus souvent, quelle que soit la combinaison étudiée, leurs minima y coïncident, et que le maximum de l'hépatite y devance celui de la dysenterie quand ils ne concordent pas dans la même période.

TABLEAU LXXIII. — Fréquence mensuelle comparée de l'hépatite et de la dysenterie à Hong-Kong (Royal naval hospital, de 1846 à 1859 (Statistique de Smart).

MOIS	TOTAL des Entrées	HÉPATITE		Dysenterie seule		Dysenterie et Diarrhée	
		Entrées	pour cent au total des entrées	Entrées	pour cent au total	Entrées	pour cent au total
Janvier	386	8	2.07	68	17.61	93	21.0 9
Février	323	1	0.30	53	16.40	76	23.52
Mars	335	6	1.79	69	20.59	87	25.97
Avril	332	10	3.01	45	13.55	57	17.16
Mai.	334	8	2.29	46	13.77	78	23.35
Juin	401	6	1.49	85	21.19	117	29 17
Juillet	488	11	2.25	70	14.34	112	22 95
Août	444	7	1.57	103	23.19	136	30 63
Septembre.	253	4	1.58	58	22.92	71	28.06
Octobre	509	8	1.57	139	27.30	175	34.38
Novembre.	470	8	1 70	165	35.10	198	42.12
Décembre.	463	14	3.02	108	23.32	147	31.74

En *Cochinchine* (tableau XLI), la dysenterie *seule* prédomine dans le troisième trimestre (10.45 °/₀) et détermine le plus petit nombre d'entrées dans le quatrième (8.14 °/₀). La dysenterie et la diarrhée *réunies* sont au summum de morbidité dans le deuxième trimestre (25.74 °/₀), au minimum dans le premier (21.05 °/₀). C'est le troisième trimestre (1.02 °/₀) qui offre le plus d'hépatites et le premier (0.88 °/₀) qui en a le moins. Donc, dans cette colonie, les maxima de l'hépatite et de la dysenterie *seule* ont lieu à la même

époque ; leurs minima se suivent et la dysenterie est antérieure. Le maximum de l'hépatite est postérieur à celui de la dysenterie et de la diarrhée *totalisées*; leurs minima sont simultanés.

Le tableau LXXIII démontre qu'au « *Royal naval Hospital* » de Hong-Kong, de 1846 à 1859, le maximum de la dysenterie qui, diarrhées comprises (42.12 °/₀) ou diarrhées exclues (35.10 °/₀), est tombé en novembre, a précédé d'un mois le maximum de l'hépatite qui s'est produit en décembre (3.02 °/₀). Toutefois, le minimum de celle-ci, advenu en février (0.30 °/₀) a été en avance de deux mois sur le minimum de la dysenterie (17.16 et 13.55 °/₀) survenu en avril.

A St-Pierre (Martinique) (tableau LXVII), la dysenterie accuse sa plus grande fréquence en Décembre (26.57 °/₀) ; c'est le mois d'Août qui compte le moins grand nombre de cas (17.68 °/₀). La fréquence de l'hépatite l'emporte en Septembre (3.11 °/₀) : elle est au point le plus bas en Janvier (1.09 °/₀). Donc, priorité de l'hépatite quant aux maxima ; rien à conclure des minima, vu leur siège.

A Fort-de-France (même tableau), l'inflammation du foie reprend sa place à la suite de la dysenterie ; elle est maxima en Juin (2.03 °/₀) et minima en Janvier (1.00 °/₀); la dysenterie présentant sa morbidité la plus forte en Mai (15.81 °/₀) et la plus faible en Novembre (7.75 °/₀).

Avec la division trimestrielle, l'année commençant en Janvier, les rapports sont renversés. A St-Pierre, la dysenterie, dont le maximum (20.93 °/₀) et le minimum (19.25 °/₀) appartiennent aux deuxième et troisième trimestres, règle les oscillations de l'hépatite qui est le plus fréquente au troisième (2.38 °/₀) et le plus rare au quatrième (1.42 °/₀). A Fort-de-France, les maxima de l'hépatite (quatrième trimestre, 1.545 °/₀) et de la dysenterie (deuxième trimestre, 14.57 °/₀) sont à égale distance ; le minimum de la dysenterie (quatrième trimestre, 10.07 °/₀) précède le minimum de l'hépatite (premier trimestre), 1.23 °/₀).

De la combinaison de Bérenger-Féraud, rien à déduire, si ce n'est (tableau XLIX) que les maxima de la dysenterie (29.59 °/₀) et de l'hépatite (2.71 °/₀) se rencontrent, à St-Pierre, dans la période du *Renouveau*.

Mais avec celle de Dutroulau (tableau XLVIII), les maxima des deux maladies se suivent, la dysenterie marchant la première à St-Pierre et à Fort-de-France. Leurs minima coïncident à St-Pierre dans la période de transition de l'hivernage à la saison sèche. Ils sont sensiblement équidistants à Fort-de-France.

Nous avons utilisé, pour cette enquête statistique, qu'il serait d'ailleurs fastidieux de poursuivre plus longtemps, toutes les pièces que nous possédons et non pas seulement celles qui plaident victorieusement la cause de l'évolution successive avec antériorité de la dysenterie.

En ressort-il la preuve *péremptoire* que notre opinion est fondée? Non certes ! Mais on conviendra qu'elle fournit plus d'arguments à cette thèse qu'à la doctrine d'après laquelle la dysenterie serait une conséquence de l'hépatite.

3° *Maladies généralisées à localisation intestinale primitive.* — C'est de la *fièvre typhoïde* qu'il est question sous ce titre. Encore une affection qui, comme la dysenterie *nostras*, devait, au dire de certains auteurs, manquer au programme étiologique de l'hépatite suppurative et, cependant, intervient comme une cause d'abcès du foie, sous toutes les latitudes.

C'est en Europe (1) que cette influence a été reconnue tout d'abord. On la signale aujourd'hui dans les régions intertropicales : en Nouvelle-Calédonie (2), où elle paraît être relativement fréquente, en Chine (3), etc.

Elle est notée deux fois dans notre statistique de l'hôpital Saint-Mandrier. Dans l'un de ces cas, la marche de la maladie se rapportait plutôt à un état typhoïde qu'à une vraie dothiénenterie ; mais l'autopsie signale des ulcérations de *l'iléon* et du cœcum. Dans le second, la légitimité du diagnostic « fièvre typhoïde », est établie par la clinique (courbe typique des températures, taches rosées lenticulaires, hémorrhagie intestinale le 20e jour) et par la nécropsie (ulcérations folliculeuses, etc.)

4° *Maladies générales à localisation intestinale primitive ou secon-*

(1) Fauraytier. Bull. de la Soc. anat. 1841 — Louis. *Recherches sur la fièvre typh.* 1841. — Leudet. Bull. de la Soc. anat. 1852 — Buccling. *Fälle von leberabsc.* Th. Berlin, 1868. — Delaire. Gaz. des hôp. sept. 1869 — Bokai. *Abcès du foie consécutifs à la fièvre typhoïde.* Pester. méd. chirurg. Presse, n° 20. — Chater. *Hépat. absc. following typh. fever.* Brit. med. Journ. novembre 1873, — Sorel Union méd. 1882. — Romberg. *Ueber leberabscesse b. typh. abdom.* Berl. Kl. Woch. mars 1890. Analyse in Rev. des sciences méd. 15 janvier 1891.

(2) Gervais. *A propos de quelques hépatites consécutives à la fièvre typhoïde observées en Nouvelle-Calédonie.* Th. Paris, 1887 (3 observations). Forné. *Clinique de l'hôp. de Nouméa.* Arch. méd. nav. 1888, t. XLIX.— Legrand. *Hépatite supp. et abcès du foie en Nouvelle-Calédonie.* Arch. méd nav. nov. 1891 (6 cas d'abcès consécutifs à la fièvre typh. sur 133 cas d'hépatite supp.).

(3) *Clinical studies of disease as observed in China. Enteric fever.* Customs. méd. Reports, 37 th. issue 1891.

daire. — La *tuberculose intestinale* peut-elle être suivie d'abcès du foie? Ce pouvoir étiologique lui a été refusé par les mêmes médecins qui l'ont contesté à la dysenterie de nos pays et à la fièvre typhoïde.

Nous convenons n'avoir pu trouver, dans les nombreuses publications que nous avons analysées, aucun exemple *probant* d'abcès hépatique en relation avec la tuberculose de l'intestin (1).

Le fait admis, que vaut-il comme objection à la possibilité de la genèse des grands abcès hépatiques tropicaux par métastase pyoémique?

Le diagnostic macroscopique de la tuberculose intestinale offre, souvent, des difficultés; de sorte que plus d'un cas de cette localisation du tubercule, accompagnant un abcès du foie, a pu ne pas être rapporté à sa véritable cause et avoir été inscrit sous la rubrique: diarrhée chronique, entérite ou entéro-colite; en outre, les ulcérations intestinales de la dysenterie et celles de la tuberculose ne sont pas exactement comparables, au point de vue de leur processus et de leur aptitude à engendrer des accidents d'infection consécutive. Celles-ci sont ichoreuses et largement suppurées; les veinules qui en partent sont enflammées et pleines de pus (2). Les premières sont plus sèches et les vaisseaux voisins sont obturés par thrombose. Quoi d'étonnant si les microbes pyogènes de l'intestin, associés au bacille tuberculeux, ne franchissant point l'obstacle que leur oppose le bouchon vasculaire, la tuberculose provoque rarement la formation d'abcès du foie, tandis que cette complication est fréquemment amenée par la dysenterie?

5° *Maladies générales à localisation hépatique.* — Après l'effondrement du système nosologique et thérapeutique de Broussais, la doctrine de *l'impaludisme* s'établit si solidement sur les ruines de cette théorie et la remplaça si complètement en Algérie et dans nos possessions des régions inter-tropicales, qu'elle y accapara bientôt

(1) La tuberculose intestinale est vraisemblable dans l'observation suivante: Jeune garçon de 15 ans, de souche tuberculeuse. Pas de séjour aux pays chauds. A l'autopsie, lésions de *péritonite;* vaste abcès du foie au voisinage duquel le tissu de la glande est ramolli et en état de sphacèle. Walter Fergus. The Lancet, 1884, vol. 1, p. 1182. (L'état de l'intestin n'est pas signalé; peut-être même cet organe n'a-t-il pas été examiné). Même remarque à propos d'une observation présentée par Legrain, à la Société anatomique (30 Janvier 1891): *Hépatite suppurée: abcès miliaires*, etc.: Un abcès hépatique du volume d'une orange. Tubercules hépatiques. L'intestin n'a pas été ouvert, puisque la relation nécropsique ne mentionne même pas cet organe.

(2) V. Bertrand et Fontan. *Entéro-colite des pays chauds* (anatomie path). — Bertrand. *Relation d'une épidémie de dysenterie*, etc.

la pathologie tout entière. Toutes les fièvres continues, fièvre jaune comprise, l'hépatite suppurative, la dysenterie et la colique sèche furent déclarées formes ou variétés de l'empoisonnement palustre.

Promoteurs de l'étiologie maremmatique de la dysenterie et des abcès du foie, Haspel et Cambay avaient pourtant établi, dans le mode pathogénique commun à ces maladies et aux fièvres, une distinction que les historiens de la médecine et les critiques contemporains ont négligé de faire ressortir. Quoiqu'admettant qu'elles procèdent des mêmes foyers de putréfaction, ils pensaient que la dysenterie et l'hépatite sont plus particulièrement engendrées par les miasmes animaux, tandis qu'une infection d'origine végétale serait plutôt la cause de la fièvre intermittente ou rémittente.

Mais ces réserves passèrent inaperçues ou ne prévalurent point, et l'explication de l'hépatite par la malaria fut adoptée sans restriction (1).

La réaction s'est faite : est-elle complète aujourd'hui ? (2).

L'impaludisme et l'hépatite ne sont pas distribués d'une manière identique à la surface du globe et, non seulement tous les pays à marécages et à fièvres ne sont pas des foyers d'inflammation hépatique suppurative, mais encore, dans plusieurs régions où cette affection est endémique, par exemple à la Réunion et en Nouvelle-Calédonie, l'impaludisme est rare ou inconnu. Ajoutons que les actes pathologiques dérivés de l'infection palustre, ne sont pas suppuratifs, mais congestifs et sclérogènes. Quand ces lésions coexistent dans un même foie, c'est que l'étiologie est complexe.

Nous ne croyons donc pas à l'impaludisme comme *cause générale et spécifique* de l'hépatite suppurée.

Mais il ne suit pas nécessairement, de cette proposition, que

(1) C'est à tort que quelques auteurs ont rangé Rouis parmi les partisans de l'étiologie palustre. Il a combattu cette théorie, à l'aide d'arguments tirés de la géographie médicale.

(2) Multa renascentur quae jam cecidere : c'est, en médecine, le commun destin des vérités et des erreurs. L'article de Jules Simon, dans le nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques n'est pas, comme nous l'aurions cru, le dernier plaidoyer en faveur de l'origine paludéenne des grands abcès du foie : une thèse récente fait encore, de cette condition, la cause de l'hépatite endémique quand elle n'est pas une conséquence de la dysenterie (Grémillon — *Quelques considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement des grands abcès du foie.* Paris 1889). Pourquoi nous en étonner ? Voilà que l'étiologie malarienne de la Diarrhée chronique des pays chauds ressuscite ! (*Diarrhée de Cochinchine ou entérite paludéenne*. de Santi. Paris, Rueff, 1891).

l'infection palustre ne puisse, en rien, contribuer à sa genèse. Nous admettons, au contraire, qu'elle prépare les voies de l'hépatite purulente, en faisant subir, au foie, des lésions de congestion, pigmentation ou sclérose qui assurent la fixation et la culture intra-hépatique des microbes pyogènes, éléments primordiaux de toute suppuration (1).

Nous ne sommes pas à même de décider si la *syphilis* peut jouer

(1) « Le miasme palustre peut devenir accidentellement et indirectement la cause occasionnelle de la dysenterie et de l'hépatite. Ainsi, quand la cachexie maremmatique a engorgé les viscères du ventre, dilaté les vaisseaux de la cavité abdominale, ralenti la circulation, amené des stases sanguines et séreuses, les organes tels que le foie et le gros intestin, objets d'une électivité morbide dans les pays chauds, deviennent fréquemment le siège des maladies auxquelles ils sont naturellement prédisposés » (F. Jacquot. *Etude nouvelle de l'endémo-épidémie annuelle des pays chauds*, etc. Ann. d'hygiène et de méd. légale. 2e série, t. VIII. Juillet 1857).

— « Cet excès de fréquence (de l'hépatite) résulte indubitablement des congestions que les fièvres dont il s'agit occasionnent vers les organes auxquels se rattache la circulation de la veine porte. Quant à ranger ces fièvres parmi les causes déterminantes, nous répondrons qu'à ce titre, on devrait rencontrer la suppuration du foie partout où elles sont susceptibles de revêtir une forme grave. » (Rouis, *Op. cit.*).

— » Il résulte des recherches récentes de Gluck que les conséquences des embolies hépatiques d'origine dysentérique varient suivant l'état dans lequel elles trouvent le foie ; d'après cet observateur, ces embolies sont stériles, c'est-à-dire qu'elles n'aboutissent pas à l'abcès, si le foie est intact ; elles sont pyogéniques, au contraire, si l'organe a préalablement ressenti l'action de la malaria, si surtout, sous l'influence de cette cause, il a déjà subi les altérations de la sclérose ou de la dégénérescence amyloïde ». (Jaccoud. *Path. int.*, 3e édit., t. III).

— » La malaria, par les poussées congestives qu'elle détermine vers le foie, peut-être par l'accumulation des déchets globulaires qu'elle provoque dans l'organe, et qui donnerait naissance à de véritables embolies pigmentaires, contribue au développement de l'hépatite suppurative, mais son rôle étiologique s'arrête là, et demeure ainsi tout indirect. Il suffit néanmoins à expliquer la grande fréquence des abcès du foie dans les régions palustres. On ne soutient plus que le même agent miasmatique est le générateur des fièvres intermittentes, de la dysenterie et de l'hépatite : l'hépatite est rare dans les centres malariens des régions tempérées (Rome, Etats-Unis) ; entre les tropiques, elle se montre en des localités et surtout à des altitudes où les fièvres palustres font défaut ; aux Antilles françaises, sa fréquence semble précisément en raison inverse des conditions malariennes; elle est surtout commune (ainsi que la dysenterie) à Saint-Pierre et à la Basse-Terre, les fièvres prédominant à Fort-de-France et à la Pointe-à-Pitre ; d'autre part, elle ne semble guère répandue à Madagascar et dans les îles adjacentes où l'endémie malarienne acquiert une si terrible activité ; l'hépatite enfin n'épargne pas le noir, dont l'immunité vis-à-vis des affections palustres est partout si remarquable et elle ne s'accompagne des phénomènes propres à la malaria qu'à titre de complication. » (Corre. *Traité clinique des maladies des pays chauds*, p. 800).

un rôle dans l'étiologie des abcès du foie, et son intervention admise, si des gommes ramollies peuvent entraîner la fonte purulente du tissu hépatique voisin ou si, au même titre que n'importe quel autre état pathologique débilitant, cette maladie générale, par l'anémie qui l'accompagne, n'a pas pour simple effet de diminuer la résistance de l'organisme humain à l'invasion microbienne (1).

6° *Maladies pulmonaires.* — J. Périer (2) pour qui « toujours ou presque toujours, quand des abcès s'étaient formés dans le foie, du pus avait existé autre part que dans cet organe », a relevé 11 cas d'hépatite suppurée consécutive à des altérations du poumon (tuberculose, pneumonie, pleurésie). Malheureusement, nous ne savons rien des conditions anatomiques de ces abcès. Etaient-ils volumineux ou présentaient-ils l'aspect banal des abcès infarctoïdes de l'infection purulente d'origine chirurgicale (3). La question est irrésolue dans le mémoire dont nous venons de citer l'auteur.

7° *Infection purulente chirurgicale.* — Les lésions traumatiques et surtout chirurgicales de l'appareil locomoteur, de la tête et des organes dépendant du petit bassin (rectum, urèthre, vessie, utérus, ovaire) donnent lieu à des abcès du foie qui sont ordinairement multiples, petits, miliaires (c'est le terme consacré) et disséminés dans plusieurs autres viscères, tels que la rate, les reins, les poumons et l'encéphale. Mais nous nions formellement que ces caractères soient constants ; car il nous a été facile de recueillir

(1) Elwin Harris a rapporté une observation dans laquelle un abcès du foie, opéré avec succès par une méthode mixte d'incision jusqu'au péritoine et de ponction au gros trocart, avec drainage et pansement antiseptique, survint après une lésion de la jambe considérée comme une gomme et traitée par l'iodure de potassium, chez un homme qui n'avait jamais quitté l'Angleterre que pour se rendre à Boulogne. L'auteur se demande s'il y a eu là, fonte de gommes hépatiques, kyste hydatique suppuré ou abcès calculeux. Peut-être ne s'agissait-il que d'une infection purulente, le malade ayant reçu un léger coup à la jambe (*absc. of the liver ; operation ; recovery ; remarks*. The Lancet, 1887, vol. 2, p. 660). — Dans un fait relaté par le Dr H. Girard, des abcès multiples guérissent après évacuation du pus par l'intestin, les bronches et une ouverture chirurgicale. Le malade était syphilitique et le traitement par l'iodure de potassium paraît avoir exercé une influence favorable sur la marche du travail de réparation. (Arch. de méd. nav., 1889, t. LII).

(2) Op. cit.

(3) Un fait acquis, c'est que des abcès de cette variété sont parfois la conséquence d'une pneumonie *suppurée* (Jaccoud. Comptes rendus de l'Ac. des sciences, 1886) ou même *franche* (Perlis. *De la pyohémie consécutive à la pneumonie franche*. Th. Paris, 1887). Dans les observations de Jaccoud, l'analyse bactériologique a démontré la présence du streptococcus et du staphylococcus pyogenes dans le foyer pulmonaire et les petits abcès viscéraux.

maints exemples d'abcès volumineux, uniques, strictement localisés au foie et ne reconnaissant pas d'autre origine que la pyohémie en question (1).

8° *Infection puerpérale.* — Au cours des nombreuses lectures que nous avons dû entreprendre à l'occasion de cet ouvrage, nous avons été frappés de relever, presque toujours, dans les commémoratifs des observations relatives à des abcès du foie développés chez la femme, certaines circonstances (2) auxquelles les auteurs qui les ont publiées, semblent n'avoir reconnu aucune signification étiologique : grossesse anormale ou troublée par quelque incident morbide, accouchement plus ou moins récent, lactation, etc.

(1) Lescellière-Lafosse. — *Quelques observations d'abcès au foie survenus à la suite de lésions traumatiques.* Th. Montp., 1829: obs. II. Hypospadias accidentel (résultat d'une ulcération vénérienne); opération; teinte ictérique; douleur à l'hypochondre droit, vomissements; disparition des symptômes d'hépatite; retour de ces symptômes après l'introduction d'une nouvelle sonde; mort. Foyers purulents dans le foie, *état sain des autres viscères.* — Obs. VII (d'après Goursand, Mém. sur la métastase). Coup d'épée au petit doigt; le troisième jour, douleur à l'hypochondre droit; amputation du petit doigt; mort le vingtième jour. Un demi-setier de pus dans le foie. — Obs. VIII (même auteur). Contusion à la jambe; fièvre le dixième jour; mort le quinzième. *Un* abcès du foie *volumineux.* — Ob. IX (thèse de Rouly, 1803). Coup de feu au bras droit; symptômes d'hépatite le treizième jour; mort le dix-neuvième. Abcès fétide à l'épaule, entre la face supérieure de l'épine de l'omoplate et le muscle sus-épineux. *Un seul* abcès dans le foie. — Obs. X (même auteur). Coup de boulet à la jambe. Au bout d'un mois et demi, symptômes d'hépatite; mort. *Abcès hépatique contenant trois onces de pus.* — Obs. XI (Larrey, Dict. de méd., art. foie). Fausse articulation à la partie moyenne de l'humérus; emploi du séton; signes d'hépatite le cinquième jour; mort. *Un* abcès *énorme* dans le foie. — Obs. XII (Velpeau, Rev. méd., décembre 1826). Amputation de la jambe; mort. Quatre abcès hépatiques.

— Cruveilhier. — Un abcès du foie consécutif à un taxis prolongé, pour la réduction d'un prolapsus du rectum.

— Starr. — *Abcès hépatique dans un kyste ovarique suppuré.* Philadelph. med. Times, nov. 1879. — Allan Webb (op. cit, p. 274). Abcès du foie consécutif à un ulcère de la jambe. Grand abcès (deux pintes de pus) dans le lobe gauche du foie.

(2) Manget. — Bibliotheca medico-practica, t. I, liv. V, p. 785. *De abscessû hepatis in gravidâ, morte repentinâ terminato* : femme parvenue au terme de sa septième grossesse. Aucun indice de travail ne s'étant manifesté, elle ne cessa point de vaquer aux soins du ménage jusqu'à la veille de son décès, jour où elle s'alita, après avoir éprouvé quelques coliques et douleurs lombaires, promptement dissipées. Après dîner, convulsions épileptiformes, mort. Un chirurgien ayant ouvert aussitôt l'utérus, on retira un enfant mort (*biduum* (?) *extinctum*) et sphacélé (*gangrenae indicia præ se ferebat*). Les membranes elles-mêmes étaient altérées (*secundinae etiam putrefactae*). Le foie, ramolli, était le siège d'un énorme abcès.

— Morehead, vol. II, p. 58: Dame européenne guérie d'une attaque d'hépatite.

IV. Causes accidentelles

(Traumatisme — Parasitisme — Refroidissement).

Quoique le *traumatisme direct* soit rarement signalé dans les relations cliniques des médecins qui ont écrit sur l'hépatite des pays chauds (1), il est certain que les contusions et les plaies, pénétrantes ou non, de la région hépatique, doivent figurer parmi les causes de la suppuration du foie dans les contrées intertropi-

Un peu plus tard, grossesse et accouchement à terme. Obligée de suspendre l'allaitement au bout de quelques mois, mort subite. Abcès du foie rompu dans la cavité péritonéale.

— Collas (*notes manuscrites*). Observation reproduite par Corre, in *Traité des maladies des pays chauds*, p. 805 : « Mme Z..., mère de famille, née en Normandie, était atteinte d'une fièvre rémittente qui résista pendant deux ou trois mois à tous les traitements. J'avais vingt fois percuté l'hypochondre, car j'étais convaincu que cette fièvre ne pouvait être que symptomatique d'une suppuration du foie, malgré l'absence des signes sensibles de cette suppuration, et vingt fois j'avais trouvé tout normal dans l'hypochondre droit. Un jour, je trouve le foie qui déborde ; dans la journée, la matité remonte jusqu'à la cinquième côte, descend du côté de l'abdomen ; l'hypochondre droit devient chaud, tendu et douloureux, la fièvre est continue, et, au bout de 48 heures de souffrance, Mme Z... expire. Je n'hésite pas à faire remonter à trois ans au moins auparavant, la formation d'un abcès latent du foie. En effet, à cette époque, Mme Z..., étant grosse, fut prise d'accès en apparence rémittents et de tous points semblables à ceux qui précédèrent sa mort. Comme ceux-ci, ils résistèrent à tout traitement pendant longtemps ; l'émaciation était considérable et une fausse couche inévitable, lorsque, je l'avouerai, ne songeant en aucune façon, dans cette circonstance, à un abcès du foie, je fis prendre à la malade un ipéca, à la suite duquel les accès se suspendirent et la grossesse marcha à son terme ».

— Defontaine. *Abcès du foie*, etc. Rev. de Chirurg., juillet 1890. Etiologie complexe : fièvre muqueuse suivie d'une fausse couche en novembre 1887. Tumeur abdominale vers le milieu de décembre. Abcès du foie incisé, issue de calculs biliaires.

(1) Morehead, sur 318 cas d'abcès, n'en a relevé que quatre d'origine traumatique. — Haspel (maladies de l'Algérie, t. I, p. 132) rapporte l'histoire d'un nommé Garietta, soldat au 9e chasseurs, mort d'abcès du foie douze jours après avoir été pressé violemment contre une muraille, par son cheval. — L'observation 133 du mémoire de Legrand est un exemple d'abcès du foie survenu chez un alcoolique, sous l'influence du traumatisme (chute sur le côté droit, fracture de côte, lésion directe du foie). A l'autopsie, trois énormes abcès hépatiques, plus un abcès péri-hépatique cicatrisé. — L'un de nous a observé, en Nouvelle-Calédonie, un cas d'abcès du foie consécutif à un coup de pied de cheval. Il s'agissait, évidemment, d'une déchirure partielle de l'organe et l'on put noter tous les signes d'une hépatite suppurée, avec ictère et péritonite. L'autopsie montra un vaste abcès, mêlé de caillots sanguins, occupant le tissu hépatique et l'espace péritonéal sous-diaphragmatique.

cales ; car il est démontré, par des observations précises, que les grands abcès de nos climats peuvent provenir de ces violences (1).

Parmi les conditions étiologiques accidentelles de l'hépatite suppurative, il convient de citer encore le *parasitisme*: non le parasitisme microbien dont nous allons nous occuper dans un instant, au chapitre *Pathogénie*, mais le parasitisme plus grossier représenté par les tœnias, ascarides lombricoïdes, ou distomes hépatiques.

Fixés dans l'intestin, les tœnias ou ascarides sont-ils capables, sinon de déterminer, du moins d'entretenir la diarrhée ou la dysenterie chroniques et de devenir ainsi des causes d'abcès du foie ? Certaines observations de la thèse de Foiret (XXVII, XXV, XLI et XLII) semblent témoigner dans ce sens.

Mais le rôle des ascarides peut être beaucoup plus direct, car il arrive que ces animaux pénètrent jusque dans le foie, par les canalicules biliaires qu'ils dilatent et déchirent. Agents d'inflammation traumatique et vecteurs de principes infectieux, ils se creusent, dans le tissu hépatique, des cavités purulentes où ils se logent et, parfois, déposent leurs œufs (2).

Un autre parasite, le distome hépatique ou douve, entraîne assez rarement, et par un mécanisme analogue, la formation d'abcès du foie (3).

(1) Fabrice de Hilden (cent. II, obs. XXXIV) : *De vulnere abdominis* (plaie pénétrante), *cum abscessione cujus dam portionis hepatis.* — De la Motte (op. cit.), obs. LIX, contusion de l'hypochondre droit.— Bonnet (Aug.), *Traité complet pratique et théorique des maladies du foie.* Paris, 1841, obs. I. Coup de fleuret à l'hypochondre droit ; autopsie, un gros abcès hépatique. — Obs. IV, jeune homme qui tombe d'une charrette chargée de gerbes de blé, sur un pieu, et se fait à l'abdomen une plaie non pénétrante. A l'autopsie, deux abcès du foie.

(2) Kirkland. — *An inquiry into the present state of med. surg.* Londres, 1786, cité par Frerichs : Ascaride lombricoïde qui s'échappe avec le pus d'un abcès du foie ouvert à l'extérieur. — Lobstein. — *Journal complémentaire*, 1839, t. XXXIV, et Lebert, *Traité d'anat. path.*, 1860, t. I : Ascarides ayant cheminé à travers le diaphragme, jusques dans le poumon (Frerichs). — Tonnelé. — *Journal hebd.*, Paris, 1829, t. IV, et Forget. *Union méd.*, 29 mai 1856 : Abcès multiples du foie. — Morehead, obs. 249 : *Large absc. in right lobe... lombrics in the absc.*, etc. — Goguel, th. de Strasbourg, 1856. — Pellizari, *Lo sperimentale*, janvier 1864. Reproduct. *in the Half. yearly abstract. of the med. sc.*, vol. XLII : Seize ascarides lombricoïdes dans les conduits biliaires ou le tissu du foie. — Simhold, *Lebcrabsc. nach helminthiasis*, Jahrb. f. Kinderheik, 1878. —Kartulis, centralb. f. Bakt. und. parasitenkunde, 1887, nº 3.

(3) « M. le Dr Arnold, médecin-major de 2e classe, ayant ouvert un abcès du foie chez un légionnaire, constata, dans le pus, la présence d'une douve adulte non fécondée ». — Vallot, *Notes de patholog. exotique*, Arch. de méd. nav., novembre 1889, p. 190.

Pour terminer cette étude étiologique déjà longue, il nous reste à signaler une dernière condition accidentelle, considérée par tous les auteurs comme une cause déterminante d'hépatite suppurée : le *refroidissement*. Nous avons déjà fait pressentir l'importance de son rôle, quand nous avons traité des influences météoriques, et plus spécialement des saisons ; nous revenons sur ce sujet pour rappeler en deux mots qu'une telle étiologie n'exclut en rien la possibilité d'une pathogénie *microbienne* (1).

Nous aimons à croire, après cette déclaration, que les critiques de notre travail ne nous reprocheront pas de ne voir, dans l'hépatite, qu'une maladie à *frigore*.

(1) Il en est de l'hépatite comme de la dysenterie, à propos de laquelle l'un de nous écrivait en 1888 : « Serait-il démontré que la dysenterie est une maladie microbienne, il ne serait pas absurde de continuer à compter les refroidissements parmi les influences qui la déterminent.

La pneumonie a son microbe.... il n'en est pas moins incontestable que le froid joue quelque rôle dans l'étiologie de cette affection.

Pourquoi l'abaissement brusque et passager de la température du corps ne disposerait-il pas l'organisme à subir la greffe parasitaire, et ne rendrait-il pas efficace une imprégnation impuissante et latente jusque-là ?

Les poules ne sont elles pas réfractaires au charbon, et Pasteur n'a-t-il pas prouvé que pour les rendre vulnérables à l'inoculation bactéridienne, il suffit de les refroidir ? — Bertrand, *Relation d'une épidémie de dysenterie*, etc., p. 22.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

La pathogénie de l'hépatite suppurative endémique est encombrée de théories.

Les unes, surannées, n'intéressent plus aujourd'hui que l'histoire de la médecine. Nous les avons mentionnées dans le premier chapitre de cet ouvrage, nous ne les rappellerons même pas. Les autres, toujours en crédit, devront être discutées.

N'acceptant aucune de ces doctrines, du moins intégralement, nous tenterons d'expliquer par la pénétration et la pullulation des microbes pyogènes (1) dans le foie, la genèse des abcès hépatiques de toute origine, et de montrer que ce parasitisme, admis comme cause essentielle, le rôle des conditions étiologiques précédemment indiquées est de rendre possibles ou faciles, dans l'organe préparé, l'invasion, la fixation et la culture microbiennes.

La bactériologie ayant prouvé que la suppuration est un processus *fonction* de micro-organismes, on pourrait dire qu'à l'heure actuelle, un tel problème est réductible à ces deux questions élémentaires : constater la présence des microbes pyogènes dans le foie abcédé ; — déterminer les voies qu'ils ont suivies pour y parvenir.

Où serait, en effet, l'illogisme du raisonnement qui nous porterait à croire que ces microbes sont capables d'effectuer dans le foie les actes pathologiques à l'accomplissement desquels ils sont reconnus suffisants partout ailleurs, par exemple dans le tissu cellulaire sous-cutané?

(1) Au sens le plus général du mot : microbes pyogènes ordinaires (staphylocoques, streptocoques) et microbes paraissant posséder la propriété pyogène (bacillus coli communis, bacille d'Eberth, etc.).

Mais en procédant ainsi, en ne sortant pas du domaine de l'anatomie pathologique, on s'exposerait à n'aboutir qu'à une démonstration incomplète. C'est pourquoi nous utiliserons toutes les preuves et demanderons encore à l'expérimentation et à la clinique, les arguments qu'elles peuvent fournir.

Nous espérons obtenir, par ce moyen, une série de données que nous examinerons tout d'abord en traitant de l'hépatite suppurée, à un point de vue très général ; nous rechercherons ensuite comment et en quoi elles s'appliquent aux nombreuses variétés étiologiques de cette inflammation du foie.

C'est à ce moment et à cette occasion que nous ferons l'examen critique des diverses opinions émises sur la pathogénie des grands abcès d'origine endémique.

I. — Anatomie pathologique.

En 1886, l'hépatite *métastatique* avait été l'objet de quelques recherches et, déjà, Cornil et Babès (1), étudiant, au microscope, les îlots jaunâtres d'un foie criblé d'abcès pyohémiques, avaient vu « les capillaires plus ou moins remplis, par places, de micrococci agglomérés en masses zoogléiques », quand de Gennes et Kirmisson (2) eurent, les premiers, croyons-nous, l'occasion de recourir à l'analyse bactériologique dans l'hépatite à *grands* abcès.

Dans deux cas mortels d'abcès du foie survenus, l'un au cours d'une dysenterie d'origine coloniale (Guadeloupe), l'autre à la suite d'un traumatisme compliqué de pleurésie et terminé par pyohémie, ils ont trouvé des diplocoques et des microcoques en chaînettes dans le pus et les parois des abcès hépatiques, après traitement des pièces par la méthode de Gram.

Les mêmes microbes existant dans le produit du raclage des ulcérations intestinales et les tuniques de l'intestin pour le premier ; dans le pus d'un abcès péri-splénique, le liquide purulent des ventricules cérébraux et le pus d'abcès formés dans la substance cérébrale pour le second, de Gennes et Kirmisson ont conclu à la genèse de l'hépatite par un mécanisme identique dans les deux cas et émis l'hypothèse que, dans l'abcès dysentérique, les micro-organismes pathogènes provenaient de l'intestin.

Leur travail est un document dont on ne saurait contester ni

(1) *Les Bactéries*, Paris, 1886.

(2) Arch. gén. de méd., sept. 1886.

l'intérêt ni l'importance ; mais il ne nous apprend rien sur la signification du microbe ou des microbes auxquels, à juste titre, selon nous, ces auteurs ont rapporté la suppuration hépatique, puisqu'ils ne les ont pas isolés par la méthode des cultures, et qu'en bactériologie, tout le monde est d'accord, aujourd'hui, pour considérer la forme des éléments bactériens comme une caractéristique insuffisante.

De ce côté, par conséquent, la difficulté restait entière. Il fallait, pour la résoudre et achever d'élucider le mécanisme étiologique, arriver à établir, ou la spécificité des micro-organismes observés, ou leur nature pyogène.

En 1887, un médecin d'Alexandrie, le Dr Kartulis, a publié un mémoire (1) où il rapporte à un agent spécifique qui serait l'amibe du côlon (*amoeba coli*) (2), la genèse de la dysenterie des pays chauds et de l'hépatite suppurée qui la complique si souvent. Mais il y signale, en même temps, des microbes pyogènes rencontrés dans les abcès hépatiques *de toute provenance*, et cette constatation, bien que l'auteur nous paraisse ne lui avoir attaché qu'une importance secondaire, mérite d'être notée.

Les recherches de Kartulis (3) ont porté sur vingt abcès du foie, dont neuf idiopathiques et onze d'origine dysentérique.

Pour les premiers, il a trouvé une fois des microcoques dans le pus, et six fois en a retiré par culture, du *staphylococcus pyogenes aureus*. Dans les cas terminés par la mort, lorsque l'examen a eu lieu, on a rencontré des microcoques dans les vaisseaux capillaires de la membrane pyogénique.

Quant aux abcès dysentériques, la culture du pus a donné : une fois, le *bacillus pyogenes fœtidus*, et une fois, le *staphylococcus pyogenes aureus*.

Dans huit cas examinés après la mort, l'*amibe* du côlon (*amibe dysentérique*) a été vue dans les débris de la membrane pyogénique et la substance intacte du foie.

(1) *Zur actiologie der leberabscesse*, etc. Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde, II, n° 25.

(2) *Amibes*. Groupe de protozoaires de la classe des Rhizopodes. Leur corps, de consistance molle et de forme indéterminée, se réduit à une simple cellule renfermant un noyau et émettant, à différents points de sa surface, des *pseudopodes* rétractiles ; c'est en agitant ces pseudopodes que les amibes font pénétrer dans leur corps les corpuscules nourriciers, solides ou liquides. (Dict. usuel des sc. méd., Dechambre, M. Duval et Lereboullet, 1885).

(3) D'après le compte-rendu de la *Lancet* du 24 décem re 18 7, *Organisms in dysentery and hepatic abscess*.

Chez la plupart des sujets, on a trouvé des microcoques dans les vaisseaux capillaires.

En 1888, après des travaux entrepris à l'occasion d'une épidémie de dysenterie *nostras* (Toulon, 1887), et poursuivis avec le concours de son élève, Albot, pour la partie microbiologique, du pharmacien de la marine, Lalande, pour la partie chimique, l'un de nous (1) a montré qu'il existe dans l'intestin affecté de dysenterie grave: 1° des *microbes pyogènes* (staphylococcus aureus ou albus); 2° des *ptomaïnes*.

Cette double constatation et cette circonstance que des symptômes de rectite et de diarrhée avec ténesme, se déclarèrent chez ceux qui opéraient l'extraction des alcaloïdes putrides mentionnés, lui firent adopter, comme rationnelles, les conclusions ci-dessous:

« De ce fait d'observation qui, ayant l'homme pour sujet, doit, à mon sens, prévaloir contre les résultats négatifs de l'expérimentation animale, n'est-il pas permis d'inférer que la matière des selles exhale, plus ou moins mélangées à des gaz infects, des ptomaïnes volatiles qui, absorbées par la muqueuse respiratoire et éliminées par l'intestin, irritent cet organe au passage et ouvrent la porte aux microbes de la fermentation putride et de la suppuration ?

Ces microbes, pour la plupart, grouillent dans les liquides de l'intestin normal : il n'est pas impossible que les autres y arrivent, importés, accidentellement, par les aliments et les boissons.

Il est certain, comme nous l'a montré l'examen histologique, qu'on rencontre des microbes dans la partie profonde des tuniques intestinales enflammées et ulcérées par la dysenterie.

Il est possible que ces parasites fassent septique et gangréneuse l'inflammation du gros intestin.

La dysenterie est, en effet, une *recto-colite*, comme la fièvre puerpérale est une *métro-péritonite*, une *lymphangite*, une *phlébite* utérines. C'est une phlegmasie avec quelque chose de plus que l'irritation néoplasique, une phlegmasie *infectieuse*.

S'il est exact, comme je le pense, que les micro-organismes

(1) L. E. Bertrand. — *Relation d'une épidémie de dysenterie*, etc., adressée *manuscrite*, à l'Acad. de méd., le 28 février 1888, publiée par les Archives de médecine navale et tirée à part (Paris, Doin, 1888). — Rapport de M. A. Ollivier, Ac. de méd., 1890. — Le Scour, *Épidémie de dysent. nostras à Toulon*, Th. Montp., 9 mars 1888. — Porée, *Étude analytique des symptômes de la dysent. aiguë*, Th. Bordeaux, 9 avril 1888. — Roux-Fraissineng, *Contribut. à l'anat. path. de la dysent.*, Th. Montp., 1888. — Mignotte, *Consid. sur la nature des arthropathies dysent.*, Th. Montp., 1889. — Oromi, *Quelques réflexions sur un cas d'hép. supp.*, Th. Montp., 1889.

dont nous avons trouvé de nombreux spécimens (1) dans les matières alvines, contribuent au mécanisme du processus dysentérique, il est probable qu'au *staphylocoque* revient la plus large part de cette pathogénie.

C'est le microbe du *furoncle*, de l'*ostéo-myélite*, etc. Or, les analogies sont grandes entre la physiologie pathologique de la furonculose et celle de la dysenterie, affection dans laquelle les ulcérations intestinales ne reconnaissent pas toutes pour cause la *folliculite suppurée* ; car, bien souvent elles succèdent à l'élimination d'une escharre (ulcérations *nécrobiotiques*).

Quand Pasteur eût découvert le *staphylococcus pyogenes aureus* dans la moelle osseuse enflammée, il dit que *l'ostéo-myélite est le furoncle de la moelle des os* (2).

Si la présence du staphylocoque dans les selles était bien réellement constante et pathogène, pourquoi faisant allusion à la nature des lésions, et non pas seulement à leur apparence comme dans la fièvre typhoïde nommée *dothienentérie*, n'aurions-nous pas le droit de dire que la *dysenterie est la furonculose de l'intestin ?* (3) »

(1) Dans ma *Relation d'une épidémie de dysenterie*, etc., je signalais, comme rencontrées dans les selles dysentériques, outre les staphylocoques pyogènes, plusieurs espèces de bactéries. J'ai repris, récemment, avec la collaboration du pharmacien principal de la marine, Baucher, l'étude bactériologique des selles dysentériques. La dysenterie reste pour nous, au point de vue pathogénique, une affection *polybactérienne banale*, dans laquelle nous croyons beaucoup plus à l'influence des associations microbiennes qu'à l'action isolée et exclusive de tel ou tel microbe. (*Nouvelle étude bactériologique des selles dans la dysenterie nostras épidémique*, Gaz. hebd., 6 octobre 1893. — *Note sur la bactériologie des selles dans la dysenterie chronique endémique des pays chauds*, ibid., 1894). — Bertrand.

(2) « Si j'osais m'exprimer ainsi, je dirais que dans ce cas, tout au moins, l'ostéo-myélite a été un furoncle de la moelle des os. » (Pasteur).

(3) Présentées, tout d'abord, dans leur thèse de doctorat par quelques-uns des élèves de Bertrand, ces conclusions, nous devons le dire, ont trouvé peu de crédit ; mais vraiment, plus nous les examinons, moins nous y découvrons l'hérésie qui pourrait les faire condamner.

Des gaz infects qui, engendrés par la putréfaction de matières animales et plus ou moins chargés de ptomaïnes, s'éliminent par l'intestin et l'irritent au passage, c'est à peu près, croyons-nous, le mécanisme de la diarrhée dite d'amphithéâtre. L'analogie signalée ci-dessus entre le processus furonculeux et la nécrobiose qui prépare certaines ulcérations dysentériques dues à l'élimination d'un véritable bourbillon n'est pas, non plus, si contestable, et peut-être conviendra-t-on que le microbe qui détermine, dans le tissu cellulaire sous-cutané, des lésions inflammatoires gangréneuses, puisse provoquer, dans l'intestin, des altérations de même nature.

Au surplus, dans le tube digestif frappé de dysenterie, les staphylocoques

Ce mémoire avait été adressé à l'Académie de médecine le 28 février 1888, précédé d'un pli cacheté qui fut ouvert, sur la demande de l'auteur, le 24 avril.

Le 17 du même mois, Cornil avait annoncé à l'Académie que Chantemesse et Widal venaient de découvrir, dans les selles d'individus atteints d'une dysenterie contractée dans les pays chauds, un bacille qui donne, sur la pomme de terre, une culture jaunâtre et sèche, ne liquéfie pas la gélatine, et, par injection intra-intestinale ou par ingestion après neutralisation du suc gastrique au moyen du carbonate de soude, détermine, chez les cobayes, des lésions ulcéreuses du tube digestif. C'est ce microbe qui est devenu en France, le *bacille de la dysenterie* (1).

Chez quelques-uns de ces animaux, sacrifiés huit jours après avoir subi l'inoculation intra-intestinale précédée de laparotomie, « le foie présentait deux ou trois foyers dans lesquels le parenchyme était devenu jaunâtre. Sur les coupes colorées au bleu de méthylène en solution ammoniacale, on constatait une nécrose de coagulation au centre des espaces portes, et dans les capillaires adjacents, des microbes semblables aux bacilles inoculés. »

En 1889 (2), l'Académie de médecine recevait de l'un de nous une note relative à la présence du *staphylococcus pyogenes* dans le pus d'un abcès dysentérique du foie. Des cultures en divers milieux avaient permis de l'extraire et de l'obtenir à l'état pur. L'étude histologique de coupes décolorées par la méthode de Gram, avait montré nettement, dans les parois de l'abcès et le tissu hépatique à distance du foyer, des microcoques isolés ou groupés en diplocoques et en grappes.

Vers le milieu de la même année (mai-juin), le Bulletin de la Société anatomique a publié une observation *d'abcès multiples du foie consécutifs à une typhlite ulcéreuse*, recueillie par Souques dans le service médical du professeur agrégé Chauffard.

coïncident et opèrent avec d'autres microbes pyogènes (bacterium coli, streptocoques, bacille pyocyanique, etc.)

Quant à la formule terminale, celle qui assimilait la dysenterie à une furonculose de l'intestin, elle est, on vient de le voir, la reproduction pure et simple d'une expression de Pasteur à propos de l'ostéo-myélite.

(1) Cornil vient de déclarer à l'Académie de méd. (6 février 1894), que ce microbe n'est qu'un *bacterium coli*, conclusion à laquelle nous ont également conduits, Baucher et moi, nos récentes recherches sur la bactériologie des selles dans la dysenterie chronique des pays chauds.

(2) 19 Mars.

L'analyse bactériologique a porté, du vivant du malade, sur du pus hépatique obtenu par ponction ; après sa mort, sur le contenu des abcès du foie et les produits du raclage des ulcérations intestinales. Les pièces ayant été colorées au violet méthyle, l'examen a donné comme résultats : pas de micro-organismes spéciaux, pas de bacilles, pas de streptocoques, micrococques isolés ou en points doubles, quelques staphylocoques.

Mais la relation de Souques ne contient aucune indication qui nous permette de croire que des cultures méthodiques aient été pratiquées : c'est la même lacune que nous avons relevée dans la partie bactériologique du travail de Kirmisson et de Gennes.

Parmi les documents qui ont suivi ces premières publications, nous avons à enregistrer pour l'année 1890, une note académique (1) dans laquelle l'un de nous a essayé de fonder, sur les données de la microbiologie et de l'expérimentation, la théorie pathogénique qui sera exposée dans ce chapitre, note complétée par un mémoire paru en 1891 (2) ; — une étude où Kartulis (3), après avoir annoncé que des micro-organismes se rencontrent dans le pus des abcès qu'il appelle *idiopathiques* comme dans les abcès *dysentériques,* conclut que la seule différence qui existe entre les uns et les autres, est la présence d'*amibes* dans ceux-ci, et leur absence dans ceux-là ; — une observation d'abcès hépatique de la variété que Chauffard a nommée *aréolaire*, présentée par Achalme, à la Société anatomique, en décembre (4). Cet abcès contenait du *staphylococcus pyogenes albus.*

La série des travaux parus en 1891 comprend : une communication de Veillon et Jayle, à la Société de biologie (5), au sujet d'un abcès dysentérique du foie, où ces auteurs avaient constaté la présence du *bacterium coli commune* ; — une note de Claisse à la Société anatomique (6), sur un nouveau cas d'abcès aréolaire caractérisé par deux microbes, le *streptocoque pyogène* et une

(1) 13 mai. Rapport de J. Rochard (1er juillet).

(2) L. E. Bertrand. *Origine et nature non spécifiques de l'hépatite supp.* Gaz. hebd. Janv. 1891.

(3) *Ueber tropisch leberabscesse*. Arch. f. path. Anat. u. phys. CXVIII heft. 1 (d'après l'analyse de la Revue des sciences méd. du 15 juill. 1890.)

(4) Obs. I de la thèse d'Aubert : *Etude sur les abcès aréolaires du foie.* Paris, 1891.

(5) 10 janv. 1891. Il est probable qu'il ne s'agissait, en l'espèce, que d'une infection *secondaire;* car, un mois auparavant, Netter avait analysé le pus de ce même abcès et n'avait pu en retirer aucun microbe cultivable.

(6) Janvier. Obs. II de la thèse d'Aubert.

bactérie ressemblant au *bacillus coli communis ;* — plusieurs observations d'abcès hépatiques *nostras* présentées au Congrès des sciences médicales de Marseille (1), par Arnaud et d'Astros ; deux de ces abcès sur trois, qui furent soumis à l'analyse bactériologique, renfermaient : l'un, un *streptocoque* ; l'autre, un *diplocoque.*

En 1892, nous trouvons dans la thèse de L'Helgouach (2), la relation résumée de deux cas d'abcès opérés en Nouvelle-Calédonie. Dans ces deux cas, le pus fut examiné par Le Dantec ; une fois, les cultures sur plaques donnèrent quelques rares colonies de *streptocoques* et un grand nombre de colonies de *staphylococcus aureus.*

Ajoutons que depuis 1887, nous avons dix fois sur dix, reconnu la présence des *staphylocoques pyogènes,* dans le pus d'abcès hépatiques développés sous l'influence de la dysenterie endémique des pays chauds (3).

L'un de nous a de nouveau affirmé ces résultats à la Société de chirurgie, le 27 juillet 1892.

Nous n'avons mentionné jusqu'ici, que les circonstances dans lesquelles l'analyse bactériologique a été suivie de résultats positifs. Nous devons dire, maintenant, qu'il n'en a pas toujours été ainsi, et que parfois les recherches les plus méthodiques ont été infructueuses.

Les faits *négatifs* connus en France sont, à l'heure actuelle, au nombre de quatorze. Ils ont été relevés par Netter (4), Laveran (5), Peyrot (6), Arnaud et d'Astros (7), Monod (8), Le Dantec (9) et Tuffier (10).

(1) Septembre. *Microbes dans les abcès du foie.*

(2) *Pathogénie de l'hép. supp. : Origine microbienne non spécifique.* Th. Bordeaux, 1892.

(3) De ces observations, 9 sont inédites ; elles seront, pour la plupart, insérées dans cet ouvrage.

(4) Soc. méd. des hôp., 11 juillet 1890. Abcès non dysentérique (Sénégal ? 4 ans après le retour en France).

(5) *Abcès du foie sans microbes.* Soc. méd. des hôpitaux, 25 juill. 1890. Abcès dysentériques 2 cas (Tonkin, Cochinchine).

(6) *La stérilité du pus des abcès du foie et ses conséquences chirurgicales.* Soc. de chirurg. 7 janv. Mercredi méd., 14 janv. 1891. Abcès dysentérique (Nouvelle-Calédonie).

(7) Un résultat négatif sur trois examens. Abcès nostras.

(8) Soc. de chirurg. 30 décemb. 1891.

(9) L'Helgouach. Th. cit. un résultat négatif sur deux examens. Abcès dysentérique (Nouvelle-Calédonie).

(10) Huit cas ; dans 6 (3 abcès dysentériques opérés successivement chez le même malade ; 1 cholecystite calculeuse suppurée ; 2 abcès sans autre renseignements) cultures stériles ; dans un 7me cas chute du pus dans la cavité péritonéale après l'incision de la poche ; pas de péritonite ; dans le 8me pas d'examen. Nous ferons remarquer que l'analyse bactériologique extemporanée n'a pas été pratiquée ; des développements ultérieurs (note 2 de la page 256) donneront au lecteur l'explication de cette réflexion critique.

Nous sommes d'autant moins disposés à les passer sous silence que nous contestons formellement la signification pathogénique qui leur a été attribuée.

Dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux, Laveran disait : « Faut-il conclure, de ces faits et des faits analogues, que les abcès du foie des pays chauds se développent sans l'intermédiaire de parasites ou de microbes pyogènes, c'est-à-dire dans des conditions exceptionnelles ? Non, certes.

Il peut se faire que les microbes qui donnent lieu à la formation des abcès du foie meurent rapidement, peut-être par suite du mélange au pus des principes de la bile ; dans certains cas le pus est manifestement teinté par la matière colorante biliaire.

Il peut se faire aussi que les parasites qui donnent naissance aux abcès du foie, ne se cultivent pas sur les milieux de culture ordinaires; tels sont les amibes que quelques observateurs considèrent comme étant la cause de la dysenterie et des abcès du foie ».

A ces considérations, Netter répondait que les deux interprétations lui paraissaient acceptables, et qu'il ne saurait, non plus que Laveran, choisir entre elles.

Ces réserves ont été jugées superflues par Peyrot, qui, dans sa communication à la Société de chirurgie, a conclu d'une analyse bactériologique négative et d'un incident opératoire (chute de pus dans la cavité péritonéale) non suivi de péritonite, que les abcès dysentériques du foie ne renferment pas *ordinairement* de microbes pyogènes.

« Je n'ai pas à insister, dit-il, sur les hypothèses que l'on peut faire pour expliquer cette absence de microbes dans les abcès dysentériques du foie.

Les microbes de ces abcès, peu virulents de leur nature, seraient-ils morts au moment de l'ouverture de la collection ? L'hypothèse est peu vraisemblable.

Il est plus probable que les abcès dysentériques sont d'une nature toute spéciale et qu'ils sont causés par un organisme spécifique non cultivable sur nos milieux artificiels.

Ce qu'il faut retenir ici, au point de vue chirurgical, c'est que ces abcès ne contiennent pas d'*ordinaire* les microbes pyogènes qui causent habituellement les accidents septiques. Là, est certainement la véritable explication de l'innocuité de la méthode de Stromeyer-Little, pour l'ouverture des abcès du foie. Le pus de ces abcès peut, en effet, être déversé sans danger dans la cavité abdominale, même en quantité notable.

Je ne voudrais pas que cette notion fût exagérée. Ce qui paraît bien établi pour les abcès consécutifs à la dysenterie, n'est certainement pas vrai pour les suppurations qui ont une autre origine.

Les abcès dysentériques eux-mêmes peuvent être envahis par des infections probablement secondaires. Kartulis, sur treize cas qu'il a examinés, aurait trouvé deux fois le staphylococcus pyogenes aureus et trois fois le staphylococcus pyogenes albus. Mais nous manquons de détails sur ces observations, et nous ne savons pas si des ponctions, par exemple, n'avaient pas produit cette infection secondaire. »

Ces conclusions seront combattues quand nous aborderons l'étude pathogénique de chacune des variétés de l'hépatite suppurative.

Qu'on nous permette de faire abstraction, pour le moment, des résultats négatifs d'où elles procèdent, et qu'on veuille bien reconnaître, eu égard aux faits positifs qui ont aussi leur importance, que des microbes pyogènes ont été rencontrés dans les selles et les tissus de l'intestin affecté de dysenterie, dans le pus et les parois des abcès hépatiques, avec ou sans amibes.

Nous avons, d'ailleurs, confirmé (1) nos précédents résultats par deux nouvelles épreuves qui portent à 12 le nombre de cas dans lesquels les staphylocoques ont été rencontrés. Dix fois les cultures ont été positives et ont donné le *staphylococcus albus* huit fois, *l'aureus* deux fois. Dans le onzième cas, la culture n'a pas été faite, mais l'examen direct avait montré des staphylocoques ; enfin, le douzième abcès qui contenait aussi des staphylocoques, n'a fourni que des cultures stériles.

D'autre part, au dernier congrès de chirurgie (2), Zancarol (d'Alexandrie), a présenté une étude expérimentale d'où il conclut : 1° que les abcès du foie sont d'origine microbienne ; 2° que le facteur principal de ces abcès est le streptocoque ; 3° que les amibes ne jouent aucun rôle dans la pathogénie de cette affection.

Presque aussitôt, Kartulis (3) a répliqué pour défendre les

(1) Fontan. — Soc. chir., 27 juillet 1892. Depuis l'époque où ces lignes ont été écrites nous avons recueilli une nouvelle observation très importante et très suggestive au point de vue de la pathogénie microbienne pyogénique des abcès du foie. V. obs. CXXV.

(2) Zancarol. — Pathogénie des abcès du foie. In Congrès de chirurgie. 5 avril 1893.

(3) Kartulis. — Dysenterie et abcès du foie. Bulletin médical du 18 juin 1893.

droits de l'amibe, et réduire à néant ceux du streptocoque. Le fait le plus curieux présenté par Kartulis, c'est que la ponction capillaire faite dans des foies atteints d'hépatite, mais *où le pus n'est pas encore formé,* donne quelques gouttes de sang qui, ensemencé sur de l'agar agar, fournit de belles cultures de staphylococcus. Trois fois, Kartulis a obtenu ce résultat, qui nous paraît très en faveur de notre manière de voir.

II. — Expérimentation.

Dans le but de vérifier si les microbes pyogènes peuvent en pénétrant dans le foie y déterminer des abcès, nous avons entrepris au mois de mai 1890, une série d'expériences où nous nous sommes efforcés de varier, autant que possible, les voies d'introduction des bactéries.

Les résultats obtenus ont été très différents, selon les conditions expérimentales.

Expérience n° 1 (24 mai). — Lapin de 1 k. 100. Foie délimité par la percussion. Injection intra-hépatique de quelques gouttes d'une culture pure de *staphylococcus pyogènes albus* provenant du pus d'un panaris et délayée dans de l'eau distillée stérilisée. L'injection est poussée profondément, à la base de l'hypocondre droit ; le corps de pompe de la seringue hypodermique a été lavé à l'alcool et séché avec soin ; l'aiguille a été flambée.

26 mai. — L'animal boite du membre antérieur droit. Cette boiterie est très accusée le 28.

29. — Apathie. Se déplace difficilement et se laisse prendre sans chercher à s'enfuir.

30.—Tumeur fluctuante à la partie postéro-inférieure de l'hypocondre droit.

Le lapin est sacrifié le 31. Autopsie immédiate : abcès volumineux de la paroi thoracique latérale droite, étendu du rebord des fausses côtes à l'aisselle ; pus *blanc de lait.* Fausses membranes blanches sur la plèvre pariétale et viscérale droite. Les deux poumons, exsangues, ont une couleur blanchâtre.

Au niveau du point où la paroi du thorax a été perforée par l'aiguille, le diaphragme est exulcéré et recouvert de pus. Ces lésions correspondent directement à un *abcès hépatique* de la grosseur d'un pois chiche, siégeant à la face externe du lobe droit et à un centimètre environ de son bord inférieur. Pus *blanc de lait.* Décoloration du parenchyme hépatique autour de l'abcès.

Pas de pus dans les *reins. Pancréas* volumineux avec aspect lobulaire très marqué ; lobules indurés.

Le lobe droit du foie est recueilli dans l'alcool absolu.

Bactériologie. On a ensemencé, avec le pus de l'abcès hépatique, un tube d'agar-agar ; avec le pus de l'abcès thoracique, une tranche de pomme de terre.

Le 5 juin, le tube d'agar-agar montre une belle culture de staphylococcus pyogènes *albus* ; la pomme de terre s'est recouverte de staphylococcus *aureus*, au point d'inoculation.

Des coupes du foie traitées, le 2 juin, par la méthode de Gram, après une immersion de 15 minutes dans l'acide osmique au centième, et montées dans le baume, laissent voir, dans la masse purulente et la zone limitante, des microcoques isolés, libres ou incorporés aux globules pyoïdes, groupés en diplocoques, en chaînettes et en grappes très petites.

Le lapin étant sujet à un parasitisme spécial qui développe, dans son foie, de petites tumeurs plus ou moins semblables à des abcès, nous nous sommes assurés, avec le contrôle du pharmacien en chef Bavay, que ni le pus ni le foie ne contenaient de *coccidies* (coccidia oviformis).

Histologie. A la surface du foie, existe une cupule qui a suppuré. Au dessous de la couche pyogénique qui en forme le fond, on aperçoit une petite crevasse intra-hépatique remplie par un coagulum d'un brun grisâtre.

Les coupes ont porté sur le foie au-delà des régions, et sur la région de l'abcès. Ces dernières, les plus importantes, ont intéressé tantôt la cupule suppurée seule, tantôt la crevasse sous-jacente.

1° *Cupule.* Elle est tapissée par une couche de tissu embryonnaire en voie d'organisation conjonctive affectant déjà la forme fasciculée, avec fibrilles, cellules fusiformes et vaisseaux munis d'une gaîne endothéliale. Ce tissu correspond évidemment à la prétendue membrane pyogénique des anciens. Au fond, cette couche s'arrête brusquement au contact des cellules hépatiques à peine comprimées. Quelques-unes de celles-ci sont emprisonnées dans le tissu conjonctif nouveau, et quelques traînées embryonnaires s'infiltrent pareillement dans le tissu hépatique voisin. Cependant, la limite des deux tissus est assez nette, A la surface, pus et détritus granuleux.

2° *Crevasse.* — Dans la couche sous-jacente à la cupule suppurée, on trouve un caillot contenu dans une déchirure traumatique du tissu hépatique. C'est là le foyer même de l'injection. Il ne contient pas de pus, mais seulement du sang coagulé et altéré.

Les limites de cette cavité sont formées de cellules hépatiques troubles, opaques, dont le noyau ne se colore plus, et qui souvent tombent en détritus. Ce sont des cellules mortes, mais il n'y a pas de pus dans l'anfractuosité et pas de zone inflammatoire à l'entour. La vraie suppuration s'est effectuée à la surface.

3° *Au delà des lésions*, le tissu du foie est généralement sain. On y distingue seulement des traînées inflammatoires qui, partant de l'abcès, rayonnent et s'épuisent dans les parties saines.

Ces traînées occupent surtout les espaces péri-lobulaires. Les cellules embryonnaires font parfois une gaîne aux vaisseaux, mais on ne voit ni endophlébite ni thrombose.

Expérience n° 2. — Lapin d'un mois. Chloroforme: anesthésie très pénible. Longue incision (trois travers de doigt) sur la ligne blanche ; le péritoine est ouvert sur la sonde cannelée.

On pousse dans un vaisseau mésaraïque sans ouvrir l'intestin, deux gouttes d'une culture de *staphylococcus pyogenes albus*, délayée dans de l'eau distillée stérilisée. Le péritoine et la paroi abdominale sont recousus au catgut, sur un double plan de sutures. Baudruche et collodion.

Le lapin meurt dans la soirée. A l'autopsie pratiquée le lendemain, foie d'aspect normal : intestin distendu par une grande quantité de liquide. Il s'est fait, évidemment, une thrombose mésaraïque.

Expérience n° 3 (29 mai). — Lapin d'un mois. Injection rectale d'environ un demi-centimètre cube d'ammoniaque au tiers ; immédiatement après laquelle, injection d'une culture délayée de *staphylococcus albus* (le quart du contenu d'une seringue de Pravaz ordinaire), dans le cœcum, par ponction directe.

30 mai. — Le lapin mange et saute comme s'il n'avait subi aucun traumatisme.

1er juin. — Diarrhée ; tout l'arrière-train est souillé de matières fécales liquides. Mort dans la nuit.

Autopsie le 2 :

Ecchymose sous-cutanée au niveau de la ponction abdominale.

Rectum entièrement vide, rétracté et d'une pâleur fibroïde. *Côlon* rempli d'une purée verdâtre, fétide ; face interne, très vascularisée et parsemée de petites taches rouges. *Cœcum* plein d'une purée couleur pois, fortement injecté. Nombreuses arborisations vasculaires dans l'*intestin grêle*.

On ne peut retrouver la trace de la ponction du cœcum.

Le *foie*, volumineux, est criblé, à l'intérieur, de granulations blanches et molles, ressemblant à des abcès miliaires. L'examen microscopique du contenu de ces petits foyers purulents, montre qu'en réalité le foie est farci de *coccidies*.

Les *reins* et les *poumons* sont sains. Des cultures pratiquées en agar-agar et sur pomme de terre, avec la matière blanchâtre des granulations signalées plus haut, avortent complètement.

Expérience n° 4 (31 mai). — Lapin d'un mois. Pas d'anesthésie. Incision médiane, abdomino-péritonéale de trois centimètres. On saisit l'anse de cœcum qui se présente dans la plaie. Injection *intra-pariétale* d'une culture de *staphylococcus albus* en dilution aqueuse ; l'intestin est refoulé. Double plan de sutures au catgut. Lavage antiseptique. Baudruche et collodion.

Aucun incident à noter depuis l'opération.

Le 6 juin, la plaie abdominale est complètement fermée.

On sacrifie l'animal.

Un peu de pus concret dans le plan des sutures pariétales. *Péritoine* normal. Tache blanche au niveau de la région cœcale ponctionnée. Pas de pus. *Foie* remarquablement sain.

Expérience n° 5. — Jeune chien. Culture de *staphylococcus aureus* en dilution dans l'eau distillée bouillie ; quatre gouttes sont injectées dans la partie postérieure du foie, après percussion.

Aucun trouble fonctionnel. — Autopsie le troisième jour :

Un point grisâtre sur le foie fait retrouver immédiatement le lieu de la piqûre. A la coupe, on aperçoit une déchirure longue de 6 mill. et large de 2, contenant un petit caillot brun, adhérent. Autour de cette crevasse, le tissu est pâle et induré.

Une culture faite avec une particule de ce coagulum donne du *staphylococcus aureus*.

Histologie. — L'épanchement sanguin est formé d'un reticulum fibrineux, mêlé de globules rouges ratatinés et de beaux globules blancs. Ceux-ci augmentent de nombre à mesure qu'on se rapproche du bord de l'hémorrhagie.

Sur les bords du caillot, on distingue de petits ilots de globules de pus, enfermés dans de petites cavités. Ces globules sont libres, sans aucune substance fibrineuse ou fibrillaire interposée. Ce sont donc de *petits abcès.* Dans le tissu hépatique voisin, on trouve des cellules du foie, grandes, nettes, nucléaires, saines, entremêlées de nids de cellules embryonnaires. Ceux-ci occupent surtout le voisinage des veines péri-lobulaires. Tantôt ces cellules sont seulement infiltrées dans la tunique externe de la veine dont la lumière contient un peu de sang sans thrombose ; tantôt il y a thrombose et la virole embryonnaire est complète, le thrombus chargé de leucocytes fusionnant presque avec les nids embryonnaires extérieurs.

Ailleurs, les traînées embryonnaires pénètrent dans les lobules dont elles bouleversent la configuration, en remplissant les espaces lacunaires. En somme, la propagation du tissu embryonnaire se fait toujours le long des vaisseaux.

Les canalicules biliaires se distinguent très nettement au voisinage du foyer hémorrhagique.

On les reconnaît à leur finesse, à la minceur de leur paroi anhiste, aux flexuosités angulaires qu'ils forment autour de chaque cellule. Ils sont distendus par une substance translucide, à peine jaunâtre ; cet aspect ne se voit que dans une zone très limitée autour de l'hémorrhagie.

Quant aux cellules hépatiques, tandis que celles qui sont éloignées de la région sont grosses, nettes, nucléaires, nucléolaires, granuleuses, plus

près elles se tassent, s'aplatissent, s'allongent tout en conservant leur noyau de volume normal.

Bactériologie. — Des coupes fines pratiquées au niveau des mêmes points, traitées par l'alcool absolu, colorées au violet de gentiane et décolorées par la méthode de Gram, montrent, dans le tissu hépatique, des microcoques disséminés ou disposés en diplocoques. Rares dans le centre du caillot, ils se rencontrent surtout dans les mailles marginales du réticulum fibrineux, au niveau des régions où l'on a constaté l'existence de vrais foyers purulents. Dans le tissu ambiant, les micro-organismes abondent parmi les cellules embryonnaires.

Expérience n° 6 (chien). — Injection dans le foie, à travers la paroi, de quelques gouttes d'une culture mixte de staphylococcus pyogenes *aureus* et *albus*. Aucun incident pathologique. Autopsie le huitième jour : foie absolument sain.

Expérience n° 7 (jeune chien de moyenne taille, 1er août). — Laparotomie. Quelques gouttes d'une culture diluée de staphylococcus *aureus* sont injectées dans une veine mésaraïque. Thrombus immédiat avec œdème ; légères frictions sur la veine. En outre, injection de quelques gouttes de la même culture dans la paroi d'une anse intestinale.

Le 8 août, le chien, qui n'a présenté aucun phénomène anormal, est sacrifié.

Veine *mésaraïque* saine. *Foie* d'aspect généralement sain, sauf quelques points grisâtres, opalins, ressemblant à des tubercules miliaires, presque tous situés au voisinage de la capsule de Glisson.

Histologie. — Ces points grisâtres ont tout l'aspect de tubercules crus. Ils sont formés d'une masse embryonnaire enchatonnée dans un cercle de cellules fusiformes courbées. On distingue donc deux ou trois cellules géantes au centre de chaque amas. Les vaisseaux y sont oblitérés. Ces tubercules siègent, en général, le long des veinules-porte ; par ailleurs, le foie est sain.

Bactériologie. — Pas de microbes. Pas de bacilles tuberculeux.

Expérience n° 8. — Le 15 septembre, le bord inférieur du foie, chez un chien, est mis à nu par une incision de la paroi ; on y injecte quelques gouttes d'une culture de staphylococcus *aureus*. Autopsie le 22 :

Sur la région piquée, légère couche fibrineuse, transparente, sans adhérence. Au milieu de cette couche, un point jaune qui est le point de piqûre. Pas d'abcès visible à l'œil nu. Une culture, faite avec le suc de ce point jaune, demeure stérile.

Histologie. — La capsule de Glisson est épaissie. Elle a perdu son endothélium péritonéal et comprend : une couche superficielle infiltrée d'exsudat fibrineux et une couche profonde, embryonnaire, touchant au

tissu hépatique, et y envoyant quelques traînées inflammatoires. Au point piqué, existe une brèche, dans la capsule de Glisson et dans le foie. Cette brèche est remplie d'un caillot fibrineux, décoloré, solide, finement réticulé, adhérent par ses bords, dans sa partie profonde, friable et granuleux vers la surface. Des globules blancs y sont disséminés ; mais il n'y a nulle part d'amas de leucocytes ou de foyers purulents.

Expérience n° 9. — 18 septembre. — Un chien est laparotomisé et reçoit, dans sa veine-porte, quelques gouttes d'une culture diluée de straphylococcus *aureus.* Dès le soir, on s'aperçoit qu'il est malade et, notamment, qu'il est très faible des pattes de devant. Il est atteint de fièvre et de diarrhée ; le flanc droit est très sensible à la pression Mort le 27 septembre.

Autopsie :

Toute la région costale droite correspondant au foie, depuis le sternum jusqu'à la ligne axillaire postérieure, est infiltrée de pus. Les neuvième et dixième côtes, ainsi que leurs cartilages, sont nécrosés et baignent dans un pus crémeux. Ce pus, ensemencé, donne une belle culture de staphylococcus *aureus.*

Il n'y a aucune trace de suppuration ni dans le péritoine ni dans la plèvre qui sont sains, ni dans aucune autre région du corps.

La plaie du ventre est cicatrisée ; la veine-porte est intacte. Mais, à la face inférieure du lobe médian du foie, on remarque une saillie brune, circulaire, large comme une pièce de cinq francs, et soulevant la capsule de Glisson de 6 à 8 millimètres. Cette saillie est remplie d'une bouillie compacte, couleur chocolat, qui s'écoule difficilement, étant formée de tissu hépatique dissocié par un caillot déjà ancien qui a subi diverses transformations. Par places, il est blanc, fibrineux, les globules sanguins étant complètement détruits ; ailleurs, il est formé de globules bien nets, épanchés depuis peu de temps. En d'autres points, des amas denses de leucocytes semblent préparer des foyers purulents. Mais on n'y voit pas de pus à proprement parler.

Autour de ce foyer, les vaisseaux sont thrombosés. En somme, il y a là, manifestement, un infarctus.

Bactériologie. — Le raclage de cet infarctus n'a fourni aucun staphylocoque à l'examen microscopique immédiat ; les cultures en sont restées stériles.

Ces expériences peuvent être réparties en deux groupes : 1° *Injection directe et traumatique de microbes pyogènes dans le foie.*— Nous avons eu ici deux *succès* (expérience 1 et 5), et deux *insuccès* (expériences 6 et 8). Les premiers mettent hors de doute, fait important et nouveau, que les micro-organismes du pus, introduits dans le tissu hépatique, *peuvent* en amener l'inflammation suppurative.

Les seconds montrent que cet effet n'est pas constant, et que la pénétration des dits microbes dans le foie, même avec effraction de son parenchyme, ne suffit pas toujours à le faire suppurer ; soit qu'imprégné de bile, le tissu hépatique constitue, pour les bactéries, un terrain de culture défavorable ; soit qu'il ne retienne bien la greffe parasitaire et ne la laisse prospérer qu'après avoir été modifié, dans sa circulation et dans sa nutrition, par un ensemble d'influences que nous aurons à examiner.

2° *Expériences dans lesquelles on a cherché à reproduire divers modes pathogéniques qui sont probablement en jeu dans l'hépatite dysentérique, où ils aboutissent au transfert des microbes pyogènes, par la veine-porte, dans le foie.* — Les résultats, dans ce groupe, ont été *douteux* (expériences 6 et 9) ou *négatifs*. Quelques-uns de ceux-ci nous permettent de conclure que des microbes peuvent, par la veine-porte, traverser le foie sans s'y arrêter, et circuler ensuite dans l'organisme, sans que des accidents soient la conséquence immédiate ou prochaine de cette diffusion.

III. — Clinique.

Nous venons de voir qu'avec du pus de panaris ou de furoncle, on peut faire des abcès du foie : nous lisons dans la thèse du Dr Grenet (1), que son aide, jeune homme de 21 ans, eut, après l'autopsie d'un individu mort d'abcès dysentérique du foie, une *éruption furonculeuse* sur les deux mains ; ce qui prouve qu'avec du pus d'abcès hépatique, on peut faire du furoncle.

L'un de nous, pratiquant une suture sur le bord d'un abcès du foie qu'il venait d'inciser, s'étant piqué avec l'aiguille à suture, s'est produit à l'index gauche un panaris sérieux et très fébrile.

2° L'hépatite suppurée n'est pas la seule manifestation pyogénique qu'il soit possible d'observer au cours de la dysenterie ; avec ou sans abcès du foie, il peut y avoir complication de cette maladie intestinale par des abcès multiples sous-cutanés ou par la furonculose, ce type des affections à staphylocoques. Les observations qui suivent sont des exemples de cette association pathologique :

Obs. IX. — *Dysenterie chronique et furonculose.* — M...., soldat d'infanterie de marine, entré à l'hôpital Saint-Mandrier le 19 janvier 1889.

(1) Op. cit.

Rapatrié du Tonkin par le *Bien-Hoa*. Atteint de dysenterie chronique; selles en purée claire avec grumeaux blancs. Degré prononcé d'anémie et d'amaigrissement. Poids : 44 k. 800.

On note une poussée *furonculeuse* confluente sur les épaules et la partie postérieure du thorax. Une éruption analogue s'est produite chez ce malade il y a quatre mois, au début de la dysenterie.

Le reste de l'observation ne présente rien de remarquable. L'état des selles s'améliore ; les matières deviennent moulées au bout d'une quinzaine de jours. *Exeat* avec un congé de convalescence, le 28 février. Poids : 52 kil.

Obs. X. — *Dysenterie chronique et abcès multiples sous-cutanés.* — R..., soldat d'infanterie de marine, entré à Saint-Mandrier le 18 mai 1888 Vingt-deux mois de séjour en Cochinchine et au Cambodge. Flux intestinal depuis quatre mois. Selles liquides (une dizaine dans les vingt-quatre heures), entraînant d'abondantes mucosités mais ne contenant pas de sang. Abdomen légèrement ballonné.

Abcès sous-cutanés au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus droit, à la base de l'hémithorax du même côté, et derrière l'oreille gauche.

23 *mai*. — Incision de l'abcès situé à la partie inférieure du bras ; pus sanguinolent. Lavages au bichlorure.

25. — L'abcès qui pointe derrière l'oreille gauche est ouvert au thermo-cautère. Drainage, lavage et pansement antiseptiques.

28. — L'abcès du bras est tari : celui de l'oreille continue à suppurer.

1er *juin*. — L'abcès situé à la base de l'hémithorax droit est ouvert au thermo-cautère ; il s'en écoule une assez grande quantité de pus. Drain. Lavages phéniqués.

Pendant ce temps, la diarrhée s'est peu modifiée ; il n'y a plus, il est vrai, que trois ou quatre selles dans la journée ; mais les déjections restent liquides.

8. — Les abcès ne donnent plus de pus. Le malade accuse des douleurs à la partie postérieure de la cuisse gauche.

Une tumeur fluctuante apparaît à ce niveau. On l'incise, le 6 juillet. Écoulement abondant de pus rougeâtre. Lavages et pansements au bichlorure.

9 *juillet*. — On note un décollement d'environ 10 centimètres, au tiers supérieur de la cuisse gauche. Drainage, lavages et pansement au bichlorure.

A partir de ce moment, la situation devient meilleure. La suppuration diminue de jour en jour, puis cesse complètement ; aucune collection purulente nouvelle ne se forme et la dysenterie s'amende.

Le malade est en voie de guérison, le 31 octobre, quand il reçoit son *exeat*. Notons, en terminant, que malgré tous ses abcès, il n'a pas eu un seul jour de fièvre, depuis son entrée à l'hôpital.

Obs. XI. — *Dysenterie chronique à crises sub-aiguës; — intercurrence de furonculose et d'abcès sous-cutanés; — poussées inflammatoires hépatiques; — abcès du foie vidé par les bronches.* — M. X..., officier d'infanterie de marine :

Première entrée à l'hôpital de Toulon, service du médecin en chef Thomas, le 7 septembre 1886, pour anémie paludéenne contractée à Madagascar. *Exeat* le 13 du même mois ; congé de convalescence.

Deuxième entrée le 21 janvier 1889, service du directeur Bérenger-Féraud.

Cet officier a contracté la dysenterie en Annam où il vient de faire un séjour de vingt mois. Il est anémié et amaigri : Les selles sont constituées par des matières fécales plus ou moins consistantes, mêlées d'un peu de sang et d'abondantes mucosités (rectite).

De 6 à 8 selles, environ, dans les vingt-quatre heures. Besoins impérieux d'aller à la garde-robe.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes; cependant, pas de douleurs à l'hypochondre droit. Rate quelque peu hypertrophiée. Appétit conservé. Pas de dyspepsie. Pas de fièvre. Diurèse normale.

A la région sus-hyoïdienne, *tumeur* du volume d'un œuf de pigeon, mobile, résistante, peu douloureuse à la pression : son début remonterait à un mois. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Régime lacté ; œufs, crème de riz. Manne 15 gr. Lavements boriqués.

24 *janvier*. — Sulfate de soude 10 gr.

25. — Sulfate de soude 20 gr.

26. — Lait ; œufs ; crème de riz ; fromage de Gruyère. Lavement : alun 1 gr.; eau 100 gr.

28. — Toujours un peu de sang et de mucosités dans les selles. Même régime et poisson. Lavement : alun 2 gr.

7 *février*. — Amélioration notable. Les selles ne contiennent plus de sang ; encore quelques mucosités. 2 lavements : tannin 0 gr. 50 ; eau 100 gr.

8. — Selles moulées.

12. — Ponction exploratrice dans la tumeur, avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz ; pus crémeux avec quelques stries de sang.

Aucun incident jusqu'au 9 mars. Pendant ce temps, le traitement de la rectite est poursuivi au moyen des purgatifs salins et de lavements astringents (tannin) ou cathérétiques (nitrate d'argent à 1 0/0.)

9 *mars*. — Léger mouvement fébrile, le soir, depuis quelques jours. *Exanthème prurigineux* (urticaire ?) sur tout le corps, notamment à la face interne des cuisses, des jambes et des bras.

11. — Temp. du soir : 38°2.

12. — Temp. : mat. 37°3, soir 37°3. Selles diarrhéiques striées de sang et chargées de mucosités. *Eruption furonculeuse* confluente sur toute la région abdominale. T. : mat. 37°4 ; s. 37°8.

15 et 16. — Mêmes évacuations alvines.

17. — Selle diarrhéique *purulente*.

20. — Douleurs à l'hypochondre droit. T. : s. 38°2.

21. — Même état. Selles liquides avec sang et mucosités. T. : s. 38°5. Tisane albumineuse. Pot. : ipéca pulv. 2 gr. ; eau 120 gr. — Pot. : sirop diacode 40 gr. pour la nuit. Lavements émollients boriqués.

22. — La douleur de l'hypochondre droit persiste ; son maximum d'intensité est au niveau de la vésicule biliaire. T : m. 37°7 ; s, 38°5.

Pot. : ipéca 8 gr. ; eau 120 gr. Injection hypodermique de chlorhydrate de morphine.

23. — Nuit assez calme. Selles bilieuses sanguinolentes. Même potion à l'ipéca. Lavement avec sulfibenzoate de soude.

24. — Selles liquides ne renfermant plus de sang. T. : m. 37°3 ; s. 37°6.

25. — Aspect des selles : *purée de lentilles*. T. : m. 36°8 ; s. 37°5.

30. — Mêmes selles.

31. — 3 selles pâteuses.

2 *avril*. — Une selle presque moulée.

13. — Selle moulée. Régime à volonté avec bière aux repas.

17. — Vin de Bordeaux.

24. — *Exeat*. Congé de convalescence.

Troisième entrée le 16 mai 1889.

Toujours anémié et portant encore des traces de l'éruption furonculeuse du mois de mars dernier. De 4 à 5 selles dans les vingt-quatre heures ; matières fécales pâteuses, mêlées d'un peu de sang ; pas de ténesme. Inappétence. *Foie douloureux et débordant les fausses côtes* de plusieurs centimètres, *Toux* légère ; expectoration presque nulle. *Rien à l'auscultation de l'appareil respiratoire et du cœur*. Fonctions urinaires normales. *Exeat* le 20 mai.

Quatrième entrée le 23 juillet 1889.

Rectite persistante : petits accès de fièvre vespérale irrégulière.

25. — T. : m. 37°4 ; s. 38°1. *Eruption scarlatiniforme* occupant toute la surface cutanée et suivie de desquamation trois ou quatre jours plus tard. Bouillon dégraissé ; jus de viande, crèmes de riz. Tisane albumineuse. Ipéca pulv. 1 gr. 50 en 3 paquets. 2 lavements boriqués.

26. — T. : m. 37°4 ; s. 37°4.

27. — T. : m. 37°5 ; s. 38°.

28. — T. : m. 37°2. Selles moulées sanguinolentes.

9 *Août*. — Les déjections sont devenues liquides et ont pris l'aspect lavûre de chair. Elles entraînent quelques scybales. La dysenterie est combattue, successivement, sans grand succès, par les purgatifs salins, le calomel et l'ipéca. On prescrit, pendant quelques jours, 2 gr. de salol en 2 paquets.

25. — 2 abcès *furonculeux* à la face palmaire de la main droite, un abcès de même nature au niveau de l'éminence thénar.

Depuis deux jours, *expectoration de pus sanguinolent couleur abricot*.

27. — Léger coma. Tremblottement de la voix. Cyanose de la face.

29. — T. : 39°1 ; s. 38°8.
30. — T. : m. 38°5 ; s. 38°6.
Mort le 31 août 1889.

Comment interpréterons-nous les faits qui viennent d'être rapportés?

Nous reconnaîtrons, tout d'abord, dans cette réunion de la furonculose, de la suppuration sous-cutanée, de la dysenterie et de l'hépatite, autre chose qu'une coïncidence de hasard ; car c'est une combinaison dont les exemples ne sont pas absolument rares en pathologie exotique. Nous admettrons ensuite, étant donné le résultat de l'examen bactériologique des selles et des tissus dans la dysenterie, que l'intestin est le réservoir où le sang est venu puiser les microbes pyogènes, pour les transporter dans le foie ou les répandre sous la peau.

Cette migration microbienne, venue du tube digestif, nous paraît vraisemblable non-seulement dans la dysenterie (1), mais encore dans plusieurs autres circonstances pathologiques (2), où elle pourrait expliquer ce fait clinique découvert par Bouchard : la guérison et la prophylaxie de la furonculose par l'antisepsie intestinale (3).

Nous avons montré, par nos expériences, que le foie peut ne pas retenir les microbes injectés dans le système porte ; à plus forte raison comprendrait-on que quand ces bactéries, charriées par le sang, ont donné lieu à des abcès du foie, le surplus de leurs colonies, franchissant la barrière hépatique, pût aller faire suppurer d'autres tissus ou d'autres organes.

(1) Elle y rappelle, par son mécanisme, certaines infections secondaires de la fièvre typhoïde. V. Bruhl. *Note sur un cas de fièvre typh. avec nécrose symétrique des deux cartilages arythénoïdes et abcès du poumon.* (Gaz. hebd. du 13 Juill. 1890). — C'est, au reste, à propos de la fièvre typhoïde, que Bouchard écrit : « Il faut compter peut-être aussi avec des infections secondaires résultant de la migration d'agents infectieux vulgaires de l'intestin, à la surface des plaies intestinales jusque dans le sang et les tissus, où leur pullulation est favorisée par le défaut de résistance de ceux-ci. Ce sont peut-être ces agents infectieux vulgaires qui causent certains abcès, la furonculose, les anthrax. (*Leçons sur les autointoxications dans les maladies*, p. 204)

(2) Nombreuses sont les conditions qui semblent devoir permettre au staphylococcus pyogenes, microbe de la bouche (Vignal) et même du canal cholédoqu (Netter), de pénétrer dans l'intestin et d'y multiplier. Au reste, le bacillus coli communis et le bacille d'Eberth sont pyogènes.

(3) A rapprocher du traitement de cette même furonculose par les purgatifs, vieille prescription empirique usitée encore aujourd'hui. L'interprétation ci-dessus lui est parfaitement applicable.

Ainsi se trouverait constituée, à un moment de l'évolution dysentérique, comme une infection générale dont le point de départ serait l'intestin, et dont l'économie chercherait à se débarrasser par la voie cutanée, sorte de crise (1) comparable à celle qui survient dans la variole, à la fin de la dessiccation, quand les microbes pyogènes, ces auxiliaires certains d'une bactérie spécifique probable, n'ayant pas été éliminés en totalité par les pustules, sont entraînés au dehors par les abcès sous-cutanés.

C'est, dans nos colonies tropicales, un adage populaire que les éruptions de furoncles sont un signe de santé. La paradoxale rigueur d'une semblable formule, est évidemment inacceptable. Mais, en son exagération, elle recèle peut-être une part de vérité, et nous ne trouvons pas invraisemblable que les lésions cutanées de la furonculose représentent des émonctoires, des soupapes de sûreté qui, en laissant échapper les microbes pyogènes entrés dans la circulation, préserveraient l'organisme du danger des suppurations internes.

3° Il arrive que les *grands* abcès dysentériques du foie coïncident avec d'autres abcès profondément situés dans les viscères ou dans les membres ; soit que contemporains, ils aient, les uns et les autres, procédé simultanément d'une même infection pyogénique d'origine intestinale ; soit que, développées tout d'abord sous l'influence de la dysenterie, les collections hépatiques aient donné naissance aux abcès des autres organes, par métastase purulente.

La possibilité de cette coïncidence est établie : par l'observation II de la thèse de Ch. Julien (abcès dysentérique du foie vidé par les bronches-abcès *volumineux* de l'hémisphère cérébral gauche) ; par l'observation XXVIII de la thèse de Foiret (abcès du foie et de la jambe droite ; arthrite suppurée du genou gauche) et par l'observation XXXV de la même thèse (abcès du foie et du rein).

La relation ci-après, publiée dans les Archives de médecine militaire (2), par le Dr Dubujadoux, est, à ce point de vue spécial, tout à fait significative :

Obs. XII. — *Abcès du foie et du cerveau consécutifs à une dysenterie. Infection purulente* (Résumée).

B..., 25 ans, cultivateur de profession, soldat au 3e zouaves, incorporé depuis trente-six mois. A contracté la dysenterie au Tonkin. Congé de

(1) Nicaise. — *Adénite cervicale subaiguë d'origine intestinale.* Rev. de Chirurgie, sept. 1890. « L'adénite était une sorte de phénomène critique qui débarrassait l'organisme du poison dont il était infecté ».

(2) 1889, t. XIII, p. 279.

convalescence de six mois. Rentré, depuis cinq mois, à son régiment, en Algérie.

La dysenterie n'a pas reparu ; mais les fonctions digestives ne s'accomplissent pas comme auparavant, quoique le sujet ne puisse dire en quoi ces fonctions seraient troublées. Arrivé, par étapes, à Tébessa, le 23 novembre 1887, parti de Sétif dans les derniers jours d'octobre.

Entre Sétif et Constantine, le détachement a été assailli par une forte tourmente de neige au milieu de laquelle deux hommes ont péri.

De Constantine à Tébessa, plusieurs accès de fièvre. Toux et point de côté à droite, le 24. Reçu à l'ambulance le 26 novembre au matin. Pouls à 100°. Température : 38°1.

Sujet bien musclé, mais face fatiguée ; pommettes plaquées de rouge brique ; teint pâle un peu jaunâtre ; teinte sub-ictérique légère des conjonctives.

Muqueuses décolorées. Langue nette à la pointe ; recouverte, à la base, d'un enduit blanchâtre assez épais.

Pas de vomissements ni de nausées ; inappétence ; soif vive ; selles normales.

Point de côté à droite, sans scapulalgie ; toux fréquente et sèche. Foie volumineux, débordant, d'un travers de doigt, les fausses côtes (matité verticale sur la ligne mamillaire : 15 centimètres) ; le côté droit semble à la vue, un peu plus large que le côté gauche. Respiration calme et régulière (22). A l'auscultation, rien d'anormal du côté gauche ; à droite et à la base, en arrière, respiration affaiblie ; vibrations égales des deux côtés.

Rate augmentée de volume (matité verticale : 13 cent.) Pas d'ascite.

Urines peu colorées ; pas d'albumine ; pas de sucre ; pas de pigment biliaire ; coloration pelure d'oignon par l'acide sulfurique : très peu d'indican. Mélanémie.

L'accès de fièvre du 26 se termine, dans la nuit, par des sueurs assez abondantes.

Le 2 décembre, on note, pour la première fois, quelques frottements à la base du poumon droit, en arrière.

Le 3, les frottements pleuraux sont plus marqués et toujours avec des vibrations fort nettes.

Le 5, la zone de matité s'est accrue. En arrière, l'étendue des frottements a augmenté. La respiration est obscure à la base et les vibrations sont diminuées.

Fièvre par accès, irréguliers depuis l'entrée du malade jusqu'au 3 décembre ; réguliers (tierces) du 3 au 11 décembre.

A partir du 11, apyrexie. La respiration reparaît à la base du poumon droit ; les frottements sont moins prononcés.

Le 28 décembre, convulsions épileptiformes, suivies d'un coma qui persiste une partie de la journée. Pas de miction. La nuit, émission de 4 litres d'urine.

19. — Céphalée et stupeur. Petite quantité d'albumine dans l'urine.

23. — Plusieurs attaques convulsives.

Paralysie progressive, à dater du 26.

Coma le 28 au matin. Décès à 8 heures du soir.

Autopsie :

Foie énorme (4 k. 225 gr.) adhérent au diaphragme. Dans le lobe droit, *deux abcès* dont le plus volumineux contient 1070 gr. de pus chocolat.

Les deux feuillets de la *plèvre* droite sont soudés en arrière, dans leur tiers inférieur et à la face diaphragmatique, par un exsudat fibrineux, hémorrhagique, mou, facile à déchirer. Pas de liquide épanché. Le lobe supérieur du poumon correspondant contient *quatre abcès pyohémiques* disséminés à sa surface, et un *cinquième* caché au fond de la scissure interlobaire.

Petits infarctus au sommet gauche en arrière.

Rate relativement peu volumineuse ; coloration violacée. *Taches blanchâtres purulentes* sur la face antérieure du *rein* gauche. Les deux reins sont volumineux et congestionnés.

L'intestin n'a pas été examiné: *Abcès volumineux* de l'*hémisphère cérébral* droit. Aspect piqueté du *cervelet*. »

Comment expliquer de pareils faits, si les abcès dysentériques du foie ne sont pas engendrés par une infection pyogénique et s'ils ne renferment pas de microbes pyogènes ? Comment comprendre qu'ils soient stériles et puissent, cependant, se compliquer de collections purulentes que tous les auteurs, sans exception, qualifient de *pyohémiques* ?

On nous répondra, il est vrai, que les abcès dysentériques peuvent être envahis par une infection secondaire, hypothèse doublée d'une autre hypothèse : la contamination microbienne de ces abcès par des ponctions, comme si l'analyse bactériologique n'avait pas permis de constater la présence de micro-organismes dans nombre de cas où toutes les précautions antiseptiques avaient été prises et où le pus hépatique avait été recueilli dès la première ponction, presque toujours, d'ailleurs, *immédiatement* suivie de l'incision chirurgicale.

L'étude préliminaire que nous devions entreprendre est achevée. Essayons, maintenant, d'interpréter le mécanisme étiologique des divers modes de l'hépatite suppurée (métastatique chirurgicale, dysentérique, idiopathique, traumatique, par corps étrangers des voies biliaires, etc.).

1° *Hépatite métastatique chirurgicale.* — Les abcès dits *métastatiques* du foie représentent la plus commune des localisations viscérales de l'infection purulente. Ils sont ordinairement, quoique

non toujours, nombreux, de petit volume et répandus dans plusieurs viscères. Nous ne les signalons ici que pour mémoire et comme termes de comparaison.

Leur genèse par les microbes du pus nous paraît si peu contestable que nous n'insistons pas sur ce point et nous nous en tenons à ces citations d'un livre qui fait autorité en la matière, le *Traité des Bactéries* de Cornil et Babès :

« La *pyémie*, maladie infectieuse générale fébrile, caractérisée anatomiquement par la formation d'abcès métastatiques, est due à l'absorption et au transport par le sang, des micro-organismes qui se trouvaient dans le lieu primitivement affecté » (1).

— « L'examen du sang dans la pyémie a permis d'y découvrir des micro-organismes. C'est ainsi que Pasteur et Doléris ont trouvé des microcoques en forme de chapelets (streptococcus) dans le sang des femmes atteintes de pyémie puerpérale.... Nous avons nous mêmes rencontré dans la plupart des pyémies, dans le sang et dans les organes, le streptococcus du pus, le staphylococcus aureus ou le bacille saprogène n° 1. On peut penser que dans toute pyémie, le sang contient, en quantité plus ou moins grande, les micro-organismes spéciaux d'où est partie l'infection purulente (2). »

— « D'après Baumgarten, les abcès métastatiques seraient ordinairement causés par le streptococcus; nous les avons vus habituellement, au contraire, en relation avec le staphylococcus (3). »

2° *Hépatite dysentérique* ou *Hépatite suite de dysenterie.* — Annesley, dans sa conception de la *Dysenterie hépatique*, admettait, nous l'avons vu, les trois combinaisons étiologiques suivantes : hépatite primitive; hépatite secondaire; hépatite et dysenterie simultanées. Dans la première, qu'il considérait comme la plus fréquente, les lésions intestinales sont, à son avis, consécutives au trouble des fonctions du foie et aux altérations subies par la sécrétion biliaire. Nous ne croyons pas qu'il ait jamais proposé une solution quelconque de la pathogénie des deux autres.

Morehead ne semble pas avoir été plus explicite et la seule proposition ferme qu'on rencontre, dans son livre, relativement à cette question, est que la pyohémie ne contribue pas à la genèse des abcès du foie précédés de dysenterie.

A une époque plus rapprochée de la nôtre, Murchinson a dis-

(1) Édit. de 1886, p. 329; édit. de 1890, t. I, p. 459.

(2) Edit. de 1890, p. 461.

(3) Ibid., p. 486.

tingué deux classes d'abcès hépatiques : l'abcès *tropical*, généralement volumineux et solitaire, né du climat et d'une hygiène défectueuse ; l'abcès *pyohémique* à petits foyers multiples, issu des conditions communes de l'infection purulente.

La dysenterie qui accompagne les grands abcès du foie n'est qu'une coïncidence morbide : aucun lien étiologique nécessaire ne rattache, l'un à l'autre, les deux états pathologiques. Quant aux petits abcès de la seconde variété, la dysenterie peut les produire comme peut les déterminer toute autre maladie ulcérative du tube digestif; mais le fait est peu fréquent.

Les deux principaux arguments de Murchinson sont deux erreurs : rareté relative de la complication dysentérique dans l'hépatite des pays chauds; absence *totale* de *grands* abcès du foie au cours ou à la suite de la dysenterie de nos pays.

Cette doctrine a été reprise à l'occasion d'une discussion à la Société pathologique de Londres, en 1881 (1). Sir Joseph Fayrer (2) l'a soutenue avec conviction et vigueur, mais sans y apporter d'autre addition que sa célèbre formule des abcès pyohémiques, qui « ne sont pas du tout, au début, des abcès, mais des morts locales (*local deaths*) » explication et expression qui se trouvent déjà dans les écrits de Sir James Paget (3) et de F. N. Macnamara (4).

C'est toujours la même dichotomie systématique et arbitraire qui exclut la dysenterie de l'étiologie des grands abcès hépatiques et transforme la plus puissante des causes de l'hépatite endémique en une condition pathogénique de dernier ordre.

Théorie de l'impaludisme. — Nous l'avons, précédemment, indiquée et critiquée.

Théorie de la phlébite mésaraïque. — Proposée par Dance et Cruveilhier pour certains abcès du foie consécutifs à des opérations pratiquées sur la partie inférieure du tube digestif, elle a été appliquée par Ribes à la pathogénie des abcès d'origine dysentérique. On lui a objecté, avec raison, l'intégrité *macroscopique* des grosses veines de l'abdomen dans la plupart des autopsies et on l'a accablée sous cet argument. Cependant, l'examen *histologique* démontre que, dans la dysenterie, les veinules des tuniques celluleuse, musculeuse et séreuse de l'intestin sont frappées

(1) *Hepatic abscess and dysentery*. Lancet, 1881, vol. I, p. 756.
(2) Ibid., p. 803.
(3) *Lectures on surgical pathology*. Vol. I.
(4) Op. cit.

d'inflammation, thrombosées et pleines de pus. Mais le tort de Ribes a été de croire à une extension ascendante et continue de l'inflammation intestinale au tissu hépatique, par l'intermédiaire du système porte, ou du moins, d'avoir voulu faire de ce fait exceptionnel, une donnée pathogénique générale; erreur que d'autres auteurs, Budd, par exemple, ont parfaitement évitée..

Théorie de la métastase purulente. — Pour J. Périer, tout abcès du foie a été précédé d'une formation de pus en un autre point de l'organisme, et, si la dysenterie et très fréquemment la cause de la suppuration hépatique, c'est qu'elle est une affection éminemment pyogène. La pyohémie est, dit-il, le lien qui rattache l'abcès du foie à la lésion préexistante.

Théorie de la résorption septique et pyémique. — Budd assignait trois grandes causes à l'hépatite suppurative : le *traumatisme*; la *phlébite mésaraïque*, suite d'opérations ou de blessures intéressant les veines qui vont former le système porte; l'*ulcération du tube digestif* et, plus spécialement, l'*ulcération dysentérique* du gros intestin.

De ces trois conditions étiologiques, celle-ci est la plus commune. Mais, il le fait remarquer avec soin, ce n'est pas par le mécanisme d'une inflammation propagée que la détermination hépatique se produit : « c'est à une espèce d'intoxication du sang de la veine-porte qu'il faut attribuer ces phénomènes; la matière toxique est ou du pus formé par une inflammation de quelque ramuscule veineux, ou une substance septique résultant du ramollissement et de la désorganisation de la muqueuse intestinale; elle se compose de matières fétides, tant gazeuses que liquides, générées dans le gros intestin pendant la durée de la dysenterie et qui sont *transportées vers le foie par absorption veineuse* » (1).

L'opinion de Budd n'a point prévalu, parce qu'elle fait table rase de l'hépatite primitive; mais, en tant qu'explication strictement limitée à l'hépatite secondaire liée à la dysenterie, elle nous paraît inattaquable et plus satisfaisante que la doctrine qu'a fait triompher Murchinson, théorie embarrassée et pleine de réticences. Eu égard au mécanisme de cette variété d'hépatite, Budd a indiqué un fait vrai. C'est la faute de son temps, non la sienne, s'il n'a pu

(1) *Etiologie des abcès du foie*. V.... Union méd., 13 Juill. 1848.

pousser plus loin l'analyse du processus et déterminer la cause *élémentaire* de l'intoxication intestinale qui sert de base à sa pathogénie.

Bérenger-Féraud (1) et, en Angleterre, Sir Dyce Duckworth (2) ont émis, sur ce sujet, des idées qui se rapprochent et diffèrent, tout à la fois, de celles de Murchinson et de Budd. Ils admettent, avec le premier de ces auteurs, deux variétés d'hépatite, l'hépatite *idiopathique* ou *tropicale* et l'hépatite *pyohémique*. Mais ils rattachent au deuxième groupe l'abcès dysentérique du foie.

Théorie de l'embolie septique.— Émanation directe de la doctrine de Virchow sur l'infection purulente, elle explique la genèse des abcès dysentériques par la pénétration dans le système porte, et l'*embolie* intra-hépatique de molécules gangréneuses ou putrides puisées dans l'intestin. Elle présente d'étroites analogies avec la théorie de Budd et n'en diffère qu'en faisant intervenir un transfert de particules solides, au lieu d'une absorption de matières liquides ou gazeuses. Elle serre donc d'un peu plus près, mais sans l'atteindre, la solution du problème pathogénique.

Théorie de la spécificité. — Pour Dutroulau, la dysenterie et l'hépatite relèvent d'un principe étiologique commun : « L'hépatite endémique des régions équatoriales est, dit-il, une maladie *spéciale* qui doit les caractères qui la distinguent à une cause locale, probablement à un élément infectieux, à un miasme qui, selon toute apparence, *est le même que celui de la dysenterie*, laquelle sévit à côté d'elle et ne s'en sépare pas. Endémicité et spécialité ou même *spécificité* sont donc des caractères de sa nature inflammatoire (3) ».

Cette déclaration, très nette, est à notre avis, la seule que l'histoire de la médecine doive retenir, parmi les considérations qu'a présentées cet auteur sur les rapports étiologiques de ces deux affections et leur origine infectieuse dans les pays intertropicaux. Quant à la distinction que, conformément aux errements de Raquin, il a cherché à établir (4), au point de vue causal, entre les

(1) *Traité clinique des maladies des Européens aux Antilles.*

(2) *On tropical absc. of the liver.* Lancet, 1887, vol. I, p. 811.

(3) *Traité des maladies des Européens*, etc., 2e édit., p. 636.

(4) *Topographie méd. des climats intertropicaux.* Annales d'hyg. 1858. *Rapport des maladies endémiques avec les climats partiels*, in *Traité des malad. des Europ.*, p. 124.

endémies de ces régions, en reconnaissant aux unes (impaludisme, fièvre jaune, choléra) une spécificité de *premier ordre*, et ne concédant aux autres (hépatite et dysenterie) qu'une spécificité de *deuxième ordre*, c'est une subtilité scolastique dont nous ne parlerions même pas s'il ne nous semblait que Kelsch et Kiener en exagèrent l'importance quand ils écrivent : « Il ne faut pas se méprendre sur la signification de la *spécificité* attribuée par Dutroulau à la dysenterie hépatique des pays chauds. Elle ne s'applique pas à la dysenterie et à l'hépatite en général.

Ces affections ne sont que de simples phlegmasies de la muqueuse intestinale et de la glande hépatique, reconnaissant des causes banales; elles ne deviennent spécifiques que lorsque le miasme tellurique se surajoute à leurs causes ordinaires; et cette spécificité de deuxième ordre se manifeste en ce que la dysenterie devient gangréneuse et en ce que l'hépatite suppure » (1).

La dysenterie et l'hépatite sont deux affections dérivées d'une même cause spécifique : c'est la notion capitale qui, en dernière analyse, ressort du texte de Dutroulau ; le reste importe peu et ne suffit pas pour marquer une différence essentielle entre la pathogénie de Dutroulau et celle que Kelsch et Kiener ont exprimé par ces formules : « La dysenterie est la cause spécifique des abcès du foie ». — « La clinique et l'anatomie pathologique ne permettent pas d'expliquer cette coïncidence (de la dysenterie et de l'hépatite) autrement que par l'unité de la cause qui engendre les deux affections » (2).

Mais quelle est cette cause unique et spécifique?

Au temps de Dutroulau, c'était un miasme : étiologie *vieux jeu*. Il y a quelques années à peine, c'était le prétendu bacille *dysentérique* de Chantemesse et Widal. Aujourd'hui, ce sont les amibes.

L'*amoeba coli* a été vue, dans la dysenterie aiguë ou chronique, par un grand nombre d'observateurs : Lewis et Cunningham à Calcutta ; Loesch à Saint-Pétersbourg ; Grassi, Calendruccio en Sicile ; Normand, à bord de l'*Armide*, dans la station des mers de Chine ; Kartulis, Koch en Egypte ; Massiutin à Kiew, etc. (3).

La présence du même proto-organisme a été notée, dans les abcès

(1) Op. cit., p. 169.

(2) Op. cit., p. 293.

(3) V. pour la bibliographie : R. Blanchard. *Les animaux parasites introduits par l'eau dans l'organisme*. Rev. d'hyg. et de police sanit., sept. 1890.

dysentériques du foie, par Kartulis, Osler (de Baltimore) (1), Nasse (de Berlin) (2), Dock (3), Erchberg (4) et Lutz (5).

Mais ces constatations ne prouvent point que la dysenterie et les abcès du foie qui s'y rattachent soient causés par les amibes.

Le *paramecium* ou *balantidium coli* existe, fréquemment, dans les selles dysentériques : pourquoi l'amibe du colon serait-elle, dans cette maladie, un élément parasitaire moins banal que ce paracémium ou autres animalcules qui grouillent dans les liquides de l'extrémité inférieure du tube digestif ? (6)

Loesch a déterminé, il est vrai, de la dysenterie ou de la diarrhée, chez le chien, par injection rectale de selles chargées d'amibes ; mais qui ne voit qu'il s'agit là d'une matière complexe où, si les résultats sont positifs, les composants les plus divers peuvent être incriminés ? (7)

Quant à l'hépatite suppurée d'origine dysentérique, il ressort des observations de Kartulis lui-même que, le plus souvent, des microbes existent, avec les amibes, dans le pus ou les parois des abcès. Nous n'avons pu lire son mémoire de 1890 (8) ; mais en voici l'analyse, d'après la *Revue des Sciences médicales* (9) : « Pour les abcès dysentériques, Kartulis établit d'abord le fait suivant : dans les ulcérations intestinales déterminées par la dysenterie, on

(1) *Amœbae in dysentery*. The Lancet, 7 juin 1890, p. 1251. Amibes dans les selles et le pus d'un abcès hépatique (dysenterie chronique de Panama).

(2) Soc. de méd. Berlinoise, 11 juillet 1891. Homme de 60 ans, arrivant d'Amérique. Dysenterie. Abcès du foie opéré. A l'autopsie, abcès multiples du foie. A l'examen histologique, amibes dans les ulcérations intestinales, les parois des abcès hépatiques et les lèvres de la plaie opératoire.

(3) *The amœbia coli in dysent. and liver. absc.* New-York med. record, 4 juillet 1891.

(4) Med. News, 22 août 1891.

(5) Cent. f. bakter. X., 1891.

(6) Nous n'insistons pas sur cet argument que l'amibe habite, à l'état normal, l'intestin de plusieurs espèces animales. Indifférente dans les circonstances physiologiques, elle pourrait, en effet, devenir pathogène, certaines conditions de milieu se trouvant réalisées.

(7) Kartulis a répondu à cette critique déjà formulée dans mon mémoire (*Origine et nature microbienne*, etc.). Il annonce (*quelques recherches sur la pathogénèse des amibes de la dysenterie*. Centr. f. bakt. u. parasit. 21 mars 1891, Analyse in semaine médic. du 20 mai) qu'il a réussi à *isoler* les amibes en les cultivant dans une infusion de paille fraîche et à obtenir, par cette culture, des symptômes ou lésions d'entérite expérimentale chez certains animaux. (L. B.)

(8) *Ueber tropische leberabcesse.*

(9) 15 janvier 1890, p. 137.

trouve de nombreuses amibes. Celles ci ne remplissent pas seulement le fond et les bords de l'ulcère; mais elles pénètrent encore dans les couches de la paroi intestinale. Ce sont surtout les capillaires de la couche sous-muqueuse qui en contiennent en quantité notable, de telle sorte qu'en se déchirant, ils sont le point de départ de nouvelles pertes de substance. De là, les amibes vont plus loin et parviennent dans les origines de la veine-porte et jusque dans le foie. Ajoutons que *les amibes incorporent* non-seulement *des micro-organismes*, mais encore des détritus du tube digestif. Aussi voit-on *des amibes pleines* de *micro-organismes*, ou privées de ces derniers, dans les ramifications de la veine-porte, au milieu des lobules hépatiques. Malgré *la fréquence des micro-organismes dans le foie*, Kartulis ne pense pas qu'ils donnent naissance aux abcès, puisque les ulcères intestinaux de la tuberculose et de la fièvre typhoïde ne sont presque jamais accompagnés d'abcès hépatiques. Ce sont les amibes qui joueraient le rôle essentiel dans la genèse des abcès hépatiques de la dysenterie. En s'accumulant dans les vaisseaux du foie et en les déchirant, les amibes amèneraient la lésion du tissu hépatique qui aboutirait à l'abcès. »

De quel droit conférer, à ces amibes, la propriété exclusive de donner naissance aux abcès du foie consécutifs à la dysenterie, en refusant formellement ce pouvoir pathogénique aux micro-organismes qui les accompagnent dans les territoires hépatiques suppurés ? Kartulis ne nous apprend-il pas, dans son mémoire de 1887, que « chez la plupart des sujets, on a trouvé des microcoques dans les vaisseaux capillaires du foie »? Est-ce que ces microcoques n'existent pas, *sans amibes*, dans l'hépatite idiopathique? L'hépatite suppurative, enfin, ne peut-elle survenir en conséquence de lésions du tube digestif à l'évolution desquelles ces volumineux parasites, les amibes, sont censés ne prendre aucune part : ulcérations gastriques, typhlite, opérations chirurgicales pratiquées sur le rectum, et autres conditions indiquées au chapitre étiologie ?

Reste l'argument tiré de la rareté absolue ou relative des abcès du foie développés sous l'influence de la tuberculose intestinale ou de la fièvre typhoïde. Il ne suffit pas pour justifier la conclusion de l'auteur; le fait lui-même est, d'ailleurs, contestable et l'on peut dire qu'il n'est pas vrai pour la fièvre typhoïde.

Au surplus, la théorie de Kartulis ne prête, à la doctrine de la spécificité, qu'un appui incomplet, puisque la première n'est relative qu'à l'hépatite suite de dysenterie, alors que la seconde prétend expliquer tous les modes de ce que l'école d'Annesley a

appelé la dysenterie hépatique (dysenterie primitive, concomitante ou secondaire).

Nous pensons que l'hépatite consécutive à la dysenterie est le résultat d'une infection hépatique par les *microbes du pus* que le sang de la veine-porte a puisés dans l'intestin et charriés jusqu'au foie ; les modifications antérieures du parenchyme de cet organe, sous l'influence des causes qui proviennent du milieu cosmique ou du régime, y favorisant l'évolution des colonies microbiennes.

Rappelons rapidement les données sur lesquelles cette pathogénie est fondée :

Microbes pyogènes (staphylocoques surtout), dans les selles et les tissus intestinaux au cas de dysenterie ;

Mêmes microbes dans le pus des abcès dysentériques du foie, les parois de ces abcès, les vaisseaux capillaires et les régions hépatiques où la suppuration commence ;

Production expérimentale d'abcès du foie par injection intra-hépatique de cultures de ces microbes ;

Dysenterie ou abcès du foie associés à des abcès viscéraux dont on ne conteste point la nature pyémique, ou à des manifestations cutanées (furoncles) ayant pour cause reconnue le staphylocoque pyogène ;

Infection cutanée (furonculose), par contact de pus hépatique (observation de Grenet).

Nous avons examiné la plupart des objections émises par les adversaires de la théorie pyohémique dont notre explication n'est à vrai dire, qu'une variante plus précise et nous croyons avoir résolu les difficultés qu'elles soulèvent. Nous n'en reparlerons pas.

Toutefois, même après cette élimination, la discussion est loin d'être close.

Nous avons, encore, à combattre les propositions de Peyrot et à montrer que les différences anatomiques admises entre les abcès hépatiques de la pyohémie chirurgicale et ceux de la dysenterie sont plus apparentes que réelles.

On n'a pas trouvé de microbes, à l'analyse bactériologique de certains abcès dysentériques du foie et il est probable, certain même si l'on veut, que du pus provenant de l'un de ces abcès est tombé dans la cavité péritonéale sans provoquer une péritonite : donc les abcès du foie sont stériles, ou ils sont causés par un organisme spécifique non cultivable sur nos milieux artificiels.

A ce raisonnement nous répondrons que les faits négatifs n'ont jamais, en bonne logique, prévalu contre les faits positifs ;

que ces faits positifs sont de beaucoup des plus nombreux ; qu'ils ont été, il est vrai, pour la plupart, indiqués ou observés par des médecins de province, mais que ce n'est pas une raison pour qu'on ne doive pas en tenir compte.

Dans la relation qu'il a présentée à la Société médicale des hôpitaux, Laveran dit expressément n'avoir trouvé, dans le pus examiné, ni microbes ni *amibes*. Il n'en a pas conclu que ces amibes n'existent jamais dans les abcès dysentériques du foie.

Appeler une objection *hypothèse peu vraisemblable*, ainsi que le fait Peyrot quand il pose cette question : « les microbes de ces abcès peu virulents de leur nature seraient-ils morts au moment de l'ouverture de la collection ? » ce n'est pas la réfuter.

Cette hypothèse, Laveran et Netter l'ont traitée avec moins de dédain et ils n'ont pas considéré comme inadmissible que les microbes pyogènes, contenus dans les abcès dysentériques du foie, puissent périr par suite du mélange de la bile au liquide purulent (1).

L'enkystement de l'abcès est une autre condition qui n'est peut-être pas sans influence comme procédé bactéricide, et il est remarquable que tous les abcès dans lesquels l'examen bactériologique n'a décélé aucun microbe, étaient des abcès anciens (2).

(1) L'action bactéricide de la bile est aujourd'hui très contestée, sinon formellement niée.

(2) Les deux observations communiquées à L'Helgouach (th. cit.) par Le Dantec sont, à ce point de vue, très intéressantes à consulter. Dans l'obs. I, abcès récent : microbes. Dans l'obs. II, abcès ancien : pas de microbes par cultures.

G. Lemoine (de Lille) a résumé, dans la *Revue internationale de bibliographie méd.* de J. Rouvier (25 fév. 1892, p. 60), une observation publiée, dans le *Bulletin méd. du Nord* (1892, p. 1), par Combemale et Lamy, sous le titre suivant : *A propos d'un bubon scarlatineux; recherches bactériologiques.* Les analogies du sujet de cette relation avec celui que nous discutons sont évidentes :

« Chez un petit garçon de six ans, malingre et chétif, une scarlatine peu sévère se complique d'une angine post-éruptive, pseudo-membraneuse ; à cette angine, succède une adénite cervicale droite, que l'on tarde à ouvrir au bistouri et qui donne lieu à des phénomènes multiples d'hecticité : fièvre, sueurs nocturnes, albuminurie légère, anorexie ; une fois le bubon incisé, le retour à la santé est rapide, mais le côté vraiment intéressant de l'observation est dans les tentatives de culture et d'inoculation du pus provenant du bubon : *bien que, sous le microscope, on eût vu des staphylocoques et des streptocoques*, l'ensemencement sur agar *resta stérile*, et un rat blanc reçut *impunément*, dans son *péritoine*, deux centimètres cubes de ce pus. Ce fait, paradoxal en apparence, s'explique néanmoins : les toxines écrétées, en même temps qu'elles amenaient l'hecticité, diminuaient la puissance de vitalité des micro-organismes ; lorsque l'abcès a été ouvert, les *microbes avaient fait leur temps et étaient morts* ».

Nous venons, nous mêmes, d'observer un cas analogue : la relation en a été

Quant à la raison tirée de la chute du pus dans la cavité péritonéale sans qu'une péritonite en ait été la conséquence, elle vaut, dans la discussion, ce que vaut le premier argument dont elle est le corollaire.

C'est un fait heureux, rien de plus, et l'on aurait tort de s'y fier au point de vue des conséquences opératoires. Ainsi, dans une observation rapportée par l'un de nous (1), la nécropsie mentionne qu'à l'ouverture de la cavité addominale, *on remarque une petite traînée de pus qui paraît avoir fusé entre le péritoine et la paroi abdominale* et signale de l'*injection de l'intestin* avec *péritonite* près du pylore.

Après cette discussion, si l'on nous dit que les abcès hépatiques issus de la pyohémie chirurgicale sont de petit volume, très nombreux et répandus dans plusieurs viscères alors que les abcès dysentériques du foie sont, sinon uniques, du moins relativement en petit nombre, volumineux et exclusivement hépatiques, nous rappellerons que l'infection purulente chirurgicale peut ne donner lieu qu'à un gros abcès du foie ; qu'il n'est pas rare de voir, dans l'hépatite *dysentérique*, le foie présenter, avec une, deux ou plusieurs *grandes* cavités, *une foule de petits abcès* ; que cette hépatite suppurée peut coïncider avec des abcès siégeant dans d'autres organes ; qu'à l'assertion de Moxon prétendant que les grandes collections intra-hépatiques résultent de la fusion d'abcès de plus petit volume, on n'a pas trouvé d'autre réponse qu'une négation pure et simple ; que dans l'abcès métastatique en relation avec l'infection purulente commune, l'infection microbienne se fait par les artères hépatiques, et que, quand elle a lieu par la voie du système porte (opérations pratiquées sur le rectum, typhlite, etc.), les abcès rencontrés dans le foie, sont, le plus souvent, comme les

présentée à la Société de chirurgie par Fontan le 27 juillet 1892. A l'examen direct du pus, staphylocoques : ensemencement sur agar-agar stérile.

Tuffier dit, de son côté : « Je ne veux pas en conclure que les abcès du foie ne renferment pas de micro-organismes ; mais il est probable que dans toutes mes opérations, *où la suppuration datait de loin*, il s'agissait là d'une stérilité *secondaire* par auto-intoxication microbienne » (loc. cit.) — La véritable explication de l'apparente stérilité de certains abcès est celle-là ; leurs microbes y ont été tués par leurs toxines, c'est-à-dire par leurs propres secrétions (V. à ce sujet l'observation CXXV et les réflexions qui l'accompagnent.

(1) L. E. Bertrand. *Relevé statistique des abcès du foie opérés par la méthode de S. Little, dans les hôpitaux de la marine à Toulon*, etc. Obs. X. Rev. de chirurgie. Août 1890.

abcès dysentériques, considérables quant au volume, et discrets quant au nombre.

Les différences qui existent *généralement*, sous ce double rapport, entre les abcès métastatiques et les abcès dysentériques ne sont, par conséquent, que des caractères distinctifs de second ordre et il n'y a pas lieu d'en tirer un argument péremptoire contre l'identité du mécanisme étiologique dans ces deux variétés d'abcès.

Nous avons, maintenant, à rechercher comment, dans l'hépatite dysentérique, est effectué le passage des microbes pyogènes, de l'intestin dans le foie, à travers le système porte. Les amibes sont-elles les agents vecteurs de ces microbes? Nous ne contestons pas le fait : nous disons seulement que le concours de ces proto-organismes n'est pas nécessaire, puisque l'hépatite suppurée peut être consécutive à des altérations du tube digestif (nous les avons signalées) dans la genèse desquelles on ne dit pas qu'interviennent les amibes en question.

D'ailleurs, la constatation faite par Kartulis, des staphylocoques pyogènes dans les abcès idiopathiques comme dans ceux qui procèdent de la dysenterie, montre bien que ces microbes n'ont pas besoin d'être charriés par l'amibe du côlon pour parvenir jusqu'au foie.

Y pénètrent-ils seuls? Nous ignorons jusqu'à quel point il est permis de le prétendre ; mais il est à présumer que, dans la plupart des cas, ce sont les leucocytes qui les transportent. Ce que nous savons du rôle des globules blancs dans les processus microbiens, rend cette hypothèse très acceptable, d'autant plus que, quand on examine au microscope des coupes d'abcès du foie traitées par la méthode de Gram, on trouve le tissu hépatique infiltré de leucocytes chargés de granulations qui sont restées colorées et, en dernière analyse, semblent s'être comportées, vis-à-vis des réactifs, comme de véritables microcoques (1).

Cette interprétation est celle que proposait Rendu, il y a déjà plusieurs années, alors qu'il écrivait (2) : « Il est probable, quoique non encore démontré, que les leucocytes servent de véhicules à des ferments organisés qui, transportés dans le parenchyme hépatique, y pullulent et y deviennent les agents les plus actifs de la suppuration. »

La même pathogénie est applicable aux abcès du foie en rela-

(1) Bertrand, *De la cholérrhagie qui suit l'incision des abcès du foie*. Obs. VI. Rev. de méd., mars 1890.

(2) Op. cit.

tion étiologique avec les autres maladies ulcératives du tube digestif (typhlite, fièvre typhoïde, etc.). La présence des staphylocoques pyogènes dans l'intestin, le pouvoir pyogène du bacillus coli communis et du bacille d'Eberth donnent, ici encore, une explication satisfaisante de ces déterminations suppuratives secondaires (1).

3° *Hépatite idiopathique.* — Cette épithète désigne la variété d'hépatite non symptomatique d'états morbides qui siègeraient dans le foie ou d'autres organes, abstraction faite des poussées congestives plus ou moins inflammatoires et plus ou moins répétées qui affectent si souvent la glande hépatique dans les pays intertropicaux. Le nom d'*hépatite d'emblée* pourrait lui être appliqué sous ces réserves.

Les auteurs anglais, qui l'ont individualisée sous le titre d'*hépatite tropicale* et lui ont attribué une si grande importance, la font dériver du climat, des refroidissements, des excès de table ou de boisson, etc., toutes circonstances qui peuvent bien préparer la suppuration hépatique ou, encore, la décider quand tout est prêt par ailleurs, mais sont incapables, par elles-mêmes, d'y produire d'autres lésions que de la congestion simple ou de la congestion exsudative. Car, enfin, il faudrait s'entendre : ou les enseignements de la bactériologie sont vrais ou ils sont faux. S'ils sont faux, qu'on le dise et qu'on n'en parle plus.

S'ils sont vrais, il faudrait, cependant, se décider à convenir que dans le foie, comme dans le tissu cellulaire sous-cutané, comme dans n'importe quel parenchyme, *il n'y a pas de suppuration sans microbes pyogènes* (2).

On doit encore, il est vrai, compter avec la *spécificité* qui, si elle est enfin bannie de l'histoire étiologique des autres abcès du foie, trouvera un dernier refuge dans cette variété de l'inflammation hépatique suppurative. Là, en effet, cette hypothèse est plus forte que partout ailleurs; parce que, nulle part, l'obscurité n'est aussi grande. Mais les arguments que l'on pourrait faire valoir en sa faveur, sont (les amibes exceptées), les mêmes que nous avons déjà discutés. Voyons s'il n'est pas d'autre explication.

(1) Au reste, « le gros intestin participe aux ulcérations de la fièvre typhoïde assez fréquemment (60 fois sur 200 autopsies, d'après Leudet)... Le professeur Renaut a même signalé quelques observations où la lésion siégeait exclusivement au gros intestin. (Michon. *Contribut. à l'étude des suppurations dans la fièvre typh.* Th. Lyon, 1890).

(2) Certaines substances chimiques, parmi lesquelles les *toxines*, sont pyogènes mais ces toxines sont elles-mêmes *produits* de microbes.

Pour que, dans ces conditions d'inflammation primitive ou réputée telle, le foie suppure, il faut, d'abord, que le tissu hépatique ait subi, dans sa circulation ou sa nutrition, des changements pathologiques (1) qui lui permettent de fixer et de cultiver les micro-organismes du pus. Ces altérations sont l'œuvre, plus ou moins promptement réalisée, des modificateurs appelés causes *prédisposantes* et *occasionnelles* (influences météoriques, régime vicieux, alcoolisme, etc.).

Il est, en second lieu, *indispensable* que les parasites pyogènes puissent atteindre le foie et y élire domicile. Or, deux voies leur sont offertes : le *système biliaire* et le *réseau porte* plus difficile à gagner, mais plus fréquemment suivi sans doute, puisque, dans les examens pratiqués par Kartulis, les vaisseaux capillaires du foie se montraient remplis de micro-organismes.

Comment ce dernier trajet pourrait-il s'effectuer?

Le *bacillus coli communis, bacterium coli commune* ou *coli-bacille* est un des hôtes ordinaires de l'intestin inférieur. On admet aujourd'hui qu'il en est de même du staphylocoque pyogène. Au reste, ce dernier habite la cavité buccale d'un grand nombre de sujets et on le compte parmi les micro-organismes de la carie dentaire. Dégluti avec la salive, il pourrait échapper à l'action microbicide du suc gastrique et franchir l'estomac, l'acidité normale de ce liquide étant neutralisée par la dyspepsie catarrhale qu'il est si commun de rencontrer au début de l'hépatite.

Fixés dans l'intestin, les microbes pyogènes pourront poursuivre jusqu'au foie, s'ils trouvent, pour s'insinuer dans les tissus intestinaux et le système vasculaire, une fissure, une exulcération ou toute autre solution de continuité dont la muqueuse est, parfois, le siège, sans qu'une dysenterie ou une diarrhée en résultent nécessairement et s'imposent à l'attention du médecin ou du malade.

La littérature médicale nous offre plus d'un exemple d'hépatite survenue selon ce mode, c'est-à-dire chez des sujets dont les

(1) Lésion qui correspond fréquemment à ce que les Anglais appellent *torpeur du foie*, état complexe fait de congestion sanguine, de stase biliaire et, peut-être aussi, de stéatose. — Cette phrase figure dans mon mémoire *Origine et nature microbiennes*, etc. Je la trouve, reproduite *littéralement*, dans un travail publié par deux m decins militaires, MM. Loison et Arnaud, in Rev. de méd., novembre 1892, sous le titre *Contribution à l'étude pathogénique des abcès tropicaux du foie*. Ils l'empruntent, il est vrai, à un article de Segond (*Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VII, p. 232; mais cet auteur me cite tandis que nos confrères de la guerre ne me font pas cet honneur (L. B.).

évacuations avaient toujours semblé physiologiques et à l'autopsie desquels on constatait, cependant, des ulcérations de l'intestin (1).

Si un abcès du foie est le résultat de cette pénétration des microbes pyogènes dans le parenchyme hépatique, il n'est pas impossible qu'il évolue en même temps qu'une dysenterie; car les mêmes microbes contribuent au processus de cette affection intestinale qui se présente, elle aussi, comme une maladie suppurative. On comprend, également, qu'un abcès hépatique déjà formé puisse, par la stase sanguine qu'il entretient dans le système porte, diminuer la résistance de la muqueuse intestinale et ouvrir une brèche aux microbes du pus qui grouillent dans l'intestin; encore que cette éventualité soit, peut-être, nous le répétons, plus virtuelle que certaine. Ainsi se trouveraient réalisées, par le même mécanisme pyogénique banal, les deux dernières conditions admises par les partisans de la *dysenterie hépatique* telle que l'a conçue Annesley : dysenterie concomitante et dysenterie consécutive.

L'explication qui précède est respectueuse des droits de la pathologie traditionnelle, tout en tenant compte des données de la bactériologie. Si elle considère le microbe comme un élément de pathogénie primordial et nécessaire, elle ne fait pas abstraction de l'organisme et de l'organe dans lesquels doit s'accomplir l'évolution parasitaire.

C'est qu'en effet les découvertes modernes et la doctrine panspermiste qui en a été la conséquence, sont loin d'avoir renversé l'étiologie classique : elles l'ont même moins bouleversée qu'on aurait pu le croire tout d'abord, et n'ont fait qu'en changer les termes. Sur le terrain étiologique, l'accord n'est pas impossible entre la tradition et le progrès ; revenue de ses premiers entraînements, la médecine actuelle est forcée de le reconnaître.

4° *Hépatite traumatique.*—Les abcès traumatiques du foie relèvent probablement du même mécanisme et admettent, eux aussi, cette double condition : perturbation nutritive qui prépare le parenchyme à la culture microbienne et dépend, ici, du traumatisme; infection hépatique par les micro-organismes du pus, que les bactéries se soient introduites directement dans le foie, avec le corps vulnérant ou à sa suite, s'il s'agit d'une plaie pénétrante ; qu'elles se soient mêlées au sang des vaisseaux superficiels, si la blessure

(1) V. Chapitre IV. — Causes pathologiques : maladies locales du tube digestif.

consiste en une plaie tégumentaire ; ou que, venues de l'intestin, soit par la veine porte, soit par les canalicules biliaires, elles n'aient fait que *répondre à l'appel* du territoire hépatique, si c'est une simple contusion (1).

5° *Hépatite par corps étrangers des voies biliaires.* — « Quant aux autres modes suppuratifs que je dois signaler encore pour terminer cette étude (hépatite par corps étrangers des voies biliaires, tels que calculs, ascarides lombricoïdes, douves, etc., ou granulations purulentes de l'angio-cholite capillaire), tout renseignement tiré de la bactériologie nous fait défaut. Mais, peut-être, estimera-t-on qu'on ne force pas les analogies en admettant, une dernière fois, que les microbes pyogènes ont *obéi à l'attraction de l'irritation nutritive* subie par l'organe hépatique, si même, dans quelques cas, ces *bactéries n'ont pas été transportées par certains de ces corps étrangers, les ascarides par exemple* (2) ».

L'un de nous écrivait ces lignes alors que les seules données bactériologiques relatives à la question étaient représentées par un mémoire (3) où Netter et Martha signalaient, dans un cas d'angiocholite, un bacille qui paraît avoir été le bacille d'Escherich, et une note (4) de Netter concernant la *présence normale de deux*

(1) Extrait de mon mémoire (*Origine et nature microbiennes*, etc.), travail écrit depuis plusieurs mois, quand il fut publié par la *Gazette hebdomadaire* en janvier et février 1891.

La thèse de Dupré (*les infections biliaires*) a été soutenue à Paris le 12 février 1891. Je tiens à marquer les dates à cause de l'analogie qui me paraît exister entre certaines expressions que nous employons, Dupré et moi. On les trouvera soulignées dans notre texte et dans celui de Dupré (v. note 2).—Bertrand.

(2) « Dans le cas où les parasites viennent de l'intestin, *ils apportent avec eux les éléments microbiens d'une infection* qui, à la faveur du traumatisme créé par l'entrée du parasite dans les voies biliaires, a toutes les chances de se développer ». — Dupré, p. 90. — « En résumé, si les corps étrangers des voies biliaires sont rares, on voit qu'ils sont presque toujours, en vertu de leur origine intestinale, *bactérifères* » (p. 95). — « L'infection biliaire... complique souvent les obstructions intrinsèques qui sont dues aux causes suivantes : les parasites d'origine intestinale (helminthes) ou hépatique (vésicules hydatiques) ; le caractère *bactérifère* des premiers en fait les agents très infectieux d'une sorte de cathétérisme septique des voies biliaires. et le caractère traumatique des seconds en fait des *agents d'appel* de l'infection intestinale dans les canaux dilatés par leur injection », (p. 154.)

(3) De *l'endocardite végétante ulcéreuse dans les affections des voies biliaires.* Arch. de physiologie, 1886, p. 7. Je n'ai connu que récemment l'existence de ce travail. (L. B.)

(4) Soc. anat. 29 octobre 1887.

microbes pathogènes (staphylocoque et bacille court) dans le canal cholédoque.

Depuis cette époque, a paru un grand nombre de travaux (1) qui nous ont fait connaître la flore microbienne accidentelle des voies biliaires.

Voici, telle que l'a dressée Dupré, la liste des bactéries que l'on y a rencontrées :

Le *bacterium coli commune* (Netter, E. Dupré, Gilbert et Girode, Charrin et Noger); le *bacille typhique* (E. Dupré, Gilbert et Girode); un *bacille* (Dupré, Obs. III de sa thèse); un *bacille encapsulé* (E. Dupré); un *diplo-bacille* intermédiaire au bacterium coli commune et au diplocoque de Friedlander (Naunyn); des *bacilles saprogènes liquéfiants* (Dupré); un *streptococcus* (Dupré, Malvoz, Claisse, Ménétrier et Thiroloix); le *staphylococcus aureus* (Netter et Martha, Dupré, Girode, Fraënkel, Naunyn, Lamy); le *staphylococcus albus* (Dupré); un *diplocoque* (Dupré).

Toutes ces constatations témoignent nettement en faveur de notre explication des abcès du foie dus aux corps étrangers des voies biliaires et font, de l'hypothèse rappelée au début de ce paragraphe, une théorie pathogénique incontestable.

Conclusions.

Après avoir considéré l'hépatite suppurative sous tous ses aspects étiologiques, nous concluerons qu'il est possible de réduire, à la simple intervention des microbes pyogènes, le rôle des micro-organismes dans cette maladie.

Au contraire de la théorie du parasitisme spécifique, la doctrine que nous proposons comporte moins d'hypothèses que de données positives; elle ramène au même mécanisme toutes les variétés d'abcès du foie, avec cette condition différentielle que la voie suivie par les microbes est tantôt le système biliaire, tantôt le système sanguin et, dans celui-ci, tantôt les artères hépatiques si l'entrée microbienne s'est faite par la circulation générale, tantôt

(1) Gilbert et Girode. Soc. de biologie. 27 décembre 1890 et 21 mars 1891. — Naunyn. Société des médecins de Strasbourg, 16 janvier 1891. (Semaine méd. 4 février). — Dupré. Soc. anat. 16 janv. 1891. — Thèse de Paris, 12 février 1891. — Gaz. des hôp. 25 juill. 1891. — Malvoz, cité par Dupré. Soc. anat. 16 janv. 1891. — Ménétrier et Thiroloix. Soc. anat. Janv. 1891. — Charrin et Roger. Soc. de biolog. 21 février 1891. — Raymond. Semaine méd. Août 1891. — Girode. Arch. gén. de méd. Avril et mai 1892.

les vaisseaux porte si c'est par l'intestin que l'infection a commencé.

Quant au processus qui détermine la suppuration du foie, il est identique dans tous les cas et comporte deux éléments : une infection parasitaire; des troubles de nutrition (congestion, exsudation, diapédèse). Toutefois, l'ordre suivant lequel ces deux éléments interviennent est variable.

Dans l'hépatite idiopathique, les troubles de nutrition ouvrent la scène; l'invasion microbienne parachève l'œuvre pathologique et transforme, en suppuration, des lésions qui, sans elle, seraient restées à l'état de congestion inflammatoire.

Dans l'hépatite secondaire dont le type est l'abcès dysentérique, le premier acte est l'infection parasitaire du foie plus ou moins préparé, à la culture microbienne, par les conditions pathologiques antérieures; le second est le désordre nutritif à l'instigation des microbes et par réaction du parenchyme.

Ces considérations vont nous permettre de réfuter une dernière objection : si l'hépatite endémique est constamment causée par les microbes pyogènes, comment expliquer qu'elle ne suppure pas toujours et soit susceptible de résolution (1)?

L'envahissement du foie par les microbes du pus n'est pas fatal et peut manquer dans l'hépatite idiopathique; réalisé, il n'est pas toujours suivi d'effet dans l'hépatite de tout genre, les colonies microbiennes pouvant périr, parce qu'elles ne trouvent point, dans le tissu hépatique, un terrain de culture favorable ou parce qu'elles sont détruites par l'action *phagocytique* des globules blancs en diapédèse.

Dans l'une et l'autre condition, la suppuration n'aura pas lieu et la résolution pourra se faire (2).

Cette heureuse terminaison sera plus facile à l'hépatite idiopathique qu'à toute autre, puisqu'avec elle le foie aura deux modes de défense, pour un dont il dispose dans l'hépatite dysentérique.

Par le fait, l'observation nous enseigne que la résolution n'est pas très rare dans l'hépatite *idiopathique*, alors qu'on peut la dire exceptionnelle dans l'inflammation hépatique *liée à la dysenterie*.

(1) Morehead, faisant la critique de la théorie de Budd, écrit (op. cit., t. II, p. 10) : « Cette doctrine pathologique implique la nécessité de la terminaison par suppuration dans toute inflammation reconnaissant une semblable origine. En d'autres termes, elle exclut la possibilité de la terminaison de l'hépatite par résolution. »

(2) Des états analogues se rencontrent dans la pathologie buccale : *fluxion* et *abcès* dentaires : même début; terminaisons différentes.

CHAPITRE VI

SYMPTOMES EN GÉNÉRAL

Variétés et formes cliniques. — Terminaisons

§ I

Variétés et formes cliniques

L'hépatite suppurative se présente cliniquement sous des aspects variés. Sans prétendre les fixer tous dans une description didactique, on peut cependant essayer de reproduire ceux d'entre eux qui s'offrent le plus souvent à l'observation médicale. C'est la seule façon de concilier les exigences de l'exactitude clinique avec la nécessité de la représentation semi-schématique qui s'impose aux traités de pathologie.

Nous décrirons ou signalerons quatre variétés d'hépatite suppurative : type ; fruste ; larvée ; latente.

A. — Hépatite type

Elle comprend trois formes : aiguë ; sub-aiguë ; chronique.

1° *Hépatite aiguë.* — Le médecin qui, dans son esprit, aura dégagé la véritable hépatite suppurative de ses compromissions classiques avec la simple congestion du foie, trouvera que cette forme est peu fréquente.

Elle débute, ordinairement, d'une façon brusque et nette, par de la fièvre, intermittente, rémittente ou sub-continue, avec frissons, et par des symptômes locaux : douleur à l'hypochondre droit et tuméfaction hépatique.

Cette douleur de l'hypochondre consiste en une sensation obtuse de pesanteur entrecoupée d'élancements *in situ* et d'irradiations dont la plus commune affecte l'épaule droite. Exaspérée par les mouvements, par la palpation, la pression ou la percussion de la région, et par l'acte respiratoire qu'elle entrave (*point de côté hépatique*), elle s'accompagne de dyspnée et d'une petite toux sèche, fatigante.

Le foie, volumineux, déborde les fausses-côtes.

Les fonctions digestives sont perturbées. Il y a des nausées et des vomissements bilieux ; la langue est sale, blanche ou jaunâtre ; l'appétit nul ; la soif ardente. S'il s'agit d'une hépatite franche et primitive, le malade accuse de la constipation ; si l'inflammation du foie est consécutive à une dysenterie en évolution, les selles spéciales se suppriment complètement, deviennent rares, ou font place à des selles diarrhéiques.

Les urines sont peu abondantes et d'un rouge foncé. L'ictère est tout à fait exceptionnel.

Ces symptômes vont croissant pendant quatre ou cinq jours ; après quoi, généralement vers la fin du premier septenaire, une détente survient, caractérisée par la chute graduelle de la fièvre, l'atténuation des douleurs, la cessation de la dyspnée, des sueurs plus ou moins copieuses et le retour des selles dysentériques.

Si cette amélioration coïncide avec la résolution de l'inflammation hépatique, on la voit se prononcer chaque jour davantage et aboutir à la convalescence, prélude de la guérison temporaire ou définitive.

Au contraire, si le parenchyme hépatique doit suppurer, le malade est repris de fièvre, le plus souvent vespérale, avec frissons et sueurs tantôt chaudes, tantôt froides. La situation clinique comporte, alors, deux solutions : l'état du patient s'aggrave ; la fièvre devient sub-continue et son degré s'élève ; le pouls est non seulement fréquent, mais encore petit et irrégulier ; la langue se dessèche et prend l'aspect fuligineux ; il y a des rêvasseries, du verbiage nocturne ou un véritable délire ; l'urine est rare ; les selles sont fétides, parfois même gangréneuses ; le malade succombe dans cet *état typhoïde* qui peut l'emporter avant même que le pus ne soit formé (Rouis) ; — ou bien, à cette exacerbation succède une seconde détente des symptômes généraux et locaux qui indique l'achèvement de la suppuration. C'est le commencement d'une période dont la durée, éminemment variable, ne saurait être déterminée pendant laquelle s'accomplit le travail pathologique

qui prépare la collection du pus et, plus tard, son enkystement, ou ses diverses migrations.

Quand l'hépatite procède avec cette régularité d'allures on peut donc distinguer, dans son évolution complète, trois phases successives : la première est antérieure à la suppuration ; la seconde lui correspond ; la troisième lui fait suite.

Mais la description ci-dessus n'est pas applicable indistinctement à tous les cas d'hépatite suppurative aiguë, et il importe de savoir que l'appareil symptomatique de cette forme n'est parfois qu'une sorte d'orage qui éclate brusquement au cours d'une hépatite chronique, torpide et silencieuse jusque-là. On pourrait croire à une inflammation de première évolution, alors qu'il s'agit d'un abcès ancien qui, développé peu à peu et arrivé maintenant au voisinage de la capsule de Glisson, se révèle tout à coup par un tapage sur-aigu.

La douleur présente ici un caractère initial d'excessive violence ; elle est lancinante, déchirante. Quant à la succession régulière des manifestations inscrites dans l'exposé qui précède, c'est en vain qu'on la chercherait dans les désordres fonctionnels provoqués par cet épisode.

L'observation de Morehead est un remarquable spécimen de cette terminaison aiguë d'une hépatite chronique, insidieuse et obscure :

Obs. XIII. — « Le Dr Morehead, de l'armée de Madras, avait eu une atteinte très violente de dysenterie, dans le détroit de Malacca. Un an de séjour aux Nylgherries le mit à même de reprendre son service au 37e régiment de grenadiers alors en garnison à Secunderabad. A cette époque, nous nous rencontrions souvent, et, plus d'une fois, il nous affirma que quelques-uns des ulcères créés par la dysenterie dont il avait été atteint, n'étaient pas cicatrisés, parce qu'il lui arrivait assez souvent d'apercevoir, dans ses évacuations, des matières purulentes dont la quantité s'élevait parfois à une cuillerée à thé.

Sans qu'il fût vigoureux, sa santé était assez bonne et il était parfaitement capable de s'acquitter de tous ses devoirs. Un vendredi après-midi, à l'une des séances de l'École de médecine d'Hyderabad alors qu'il portait un vif intérêt à ce qui s'y faisait, il se plaignit subitement de se trouver mal, et l'on ne l'empêcha de perdre complètement connaissance qu'en s'empressant de le coucher sur un plan horizontal. Il ne tarda pas à être inondé d'une sueur froide, et ce ne fut qu'au bout d'une heure, après avoir pris des sels volatils, qu'il fut en état d'être conduit à notre domicile. Vers le soir, il se trouva assez fort pour rentrer chez lui. Le lendemain, il reprit son service, tout en se plaignant de ressentir, de temps en temps, des accès de transpiration froide. Le soir, pendant qu'il faisait un rubber

au Whist-Club, il fut pris, tout à coup, d'une douleur profondément lancinante dans le côté droit et de frissons violents auxquels ne tarda pas à succéder une fièvre ardente, en un mot, *de tous les symptômes classiques de l'hépatite.*

Il se fit saigner, prit des purgatifs énergiques et fut soumis à un traitement mercuriel ordinaire. Lorsque nous le vîmes, le dimanche suivant, les symptômes les plus aigus de l'inflammation n'existaient plus, mais sa physionomie était égarée et anxieuse; il était accablé par une toux incessante. Le foie ne faisait aucune saillie au-dessous des fausses côtes et l'hypochondre droit n'était le siège d'aucune matité étendue. Avant le jour, il avait cependant rendu, par la bouche, plus qu'une pleine tasse à thé de pus coloré en rouge et venant du poumon droit.

Comme il était strumeux et qu'avant de venir dans l'Inde, il avait une grande tendance à devenir phtisique, il ne pouvait résister longtemps à une affection de cette nature. Il mourut trois semaines après le jour où il évacua, par la bouche, le pus d'un abcès.

L'autopsie révéla l'existence d'un second abcès presque aussi volumineux que le premier, dont il n'était séparé que par une très mince cloison. Il serait difficile de trouver un exemple plus frappant de l'intime relation qui existe entre la dysenterie et les abcès du foie. *Il est hors de doute que la matière purulente s'est formée dans la profondeur de l'organe longtemps avant le développement des symptômes d'acuité.*

Jusqu'ici l'heure où ils se manifestèrent dans la maison du Club, le Dr Morehead, qui était particulièrement soigneux de sa santé, ne conçut jamais l'idée que son foie pût être malade, bien que, plusieurs semaines avant sa mort, cet organe fût le siège de deux abcès considérables situés dans la profondeur de son tissu » (1).

2° *Hépatite sub-aiguë.* — Des symptômes gastro-intestinaux (dyspepsie, constipation alternant avec de la diarrhée) si l'inflammation du foie est primitive, une suppression plus ou moins complète des selles spéciales si elle survient au cours ou au déclin d'une dysenterie aiguë ou sub-aiguë, marquent, ordinairement, le début de cette forme, plus commune que la précédente. Le foie est augmenté de volume; le malade a, dans l'hypochondre droit, une sensation incommode de poids et de tension qui l'oblige à desserrer ses vêtements, surtout après les repas. Il y éprouve, de temps en temps, des élancements douloureux, avec ou sans irradiation vers l'épaule. Au bout de quelques jours, la fièvre s'allume et se présente sous le type intermittent quotidien vespéral, tant que dure le travail de suppuration hépatique. Les signes locaux habituels de l'abcès n'apparaissent nettement qu'au bout de plusieurs semaines. En

(1) Mac-Lean (W. Campbell). *On the abuse of mercury in hepatic diseases.* Indian annals, vol. III, 1856.

dernière analyse, les seuls caractères différentiels à établir entre l'hépatite aiguë et l'hépatite sub-aiguë, sont ceux que l'on peut fonder sur la lenteur relative de la marche du mal et la moindre violence des symptômes dans cette dernière forme.

3° *Hépatite chronique.* — Elle se présente d'emblée sous l'aspect qui lui est propre, plus souvent qu'elle ne succède aux manifestations aiguës ou sub-aiguës de l'hépatite.

Son évolution est insidieuse, traînante et sourde. Les malades qu'elle frappe étant, presque toujours, d'anciens résidants, éprouvés par plusieurs attaques de dysenterie et très fréquemment impaludés, dyspeptiques, ayant le foie gonflé et douloureux, elle ne se révèle par aucun symptôme qui s'impose, au médecin, comme l'indice d'une maladie nouvelle, jusqu'au jour où le type vespéral quotidien de la fièvre, sa résistance avérée au sulfate de quinine, et les progrès de la cachexie viennent apporter à l'appui du diagnostic « *abcès du foie* », des présomptions que certains phénomènes locaux comme le gonflement de l'hypochondre, la projection excentrique des côtes, l'élargissement marqué des espaces intercostaux, l'œdème de la paroi et, plus rarement, la fluctuation si la collection purulente se fraie une voie vers le dehors, finissent, un jour ou l'autre, par transformer en certitude.

Quoique la maladie puisse conserver pendant toute sa durée, ces allures de chronicité torpide, nous avons dit qu'elle est parfois interrompue et tragiquement terminée par la soudaine explosion des symptômes qui appartiennent à l'hépatite aiguë.

Il ressort de cet exposé, que dans la forme en question, l'époque précise à laquelle a commencé le processus suppuratif, demeure toujours problématique.

B. — Hépatite fruste.

Aiguë, sub-aiguë ou chronique, la variété d'hépatite que nous venons d'examiner, se présente avec un appareil symptomatique complet. Dans celle que nous avons à étudier maintenant, certains éléments diagnostiques font défaut ; d'où le terme « *hépatite fruste* » que nous employons ici.

Les symptômes qui manquent sont tantôt les symptômes locaux, tantôt les symptômes généraux, de sorte que les deux combinaisons suivantes sont possibles :

1° Foie tuméfié et sensible spontanément et à l'exploration ;

scapulalgie par accès; dyspepsie; constipation ou diarrhée; mais pas de fièvre. On ne songe pas toujours à considérer ces malades comme atteints d'autre chose qu'un engorgement chronique, sanguin et biliaire, du foie;

2° Presque pas de tuméfaction et de sensibilité hépatiques, ou encore, absence totale de douleurs à l'hypochondre droit et à l'épaule, pas d'hypertrophie du foie; mais fièvre pseudo-continue, rémittente ou intermittente avec sueurs; dépérissement progressif. Dans cette deuxième condition, plus fréquente que la première, l'hypothèse d'une phtisie ou d'une fièvre typhoïde s'offre, à l'esprit du médecin, comme un diagnostic rationnel.

On trouve, dans la plupart des ouvrages relatifs à la suppuration endémique du foie, des exemples cliniques de cette hépatite fruste, mais le titre sous lequel ils y sont généralement présentés, celui d'hépatite *latente* est, en l'espèce du moins, incorrect et inexact. L'hépatite latente vraie existe et nous en reparlerons plus loin; mais, en la circonstance qui nous occupe, pourquoi l'inflammation hépatique suppurative risque-t-elle d'être méconnue? Parce que, son mode d'expression symptomatique étant *incomplet*, les quelques phénomènes observés peuvent ne pas être rapportés à leur véritable cause, et non parce que rien ne traduit le travail pathologique qui a son siège dans le foie. L'inflammation hépatique n'est pas, ici, absolument silencieuse; son langage clinique, insuffisamment explicite, peut être mal interprété : voilà tout.

Nous avons déjà cité (1) quelques observations qui ressortissent à cet intéressant sujet. Nous pouvons en présenter d'autres :

Obs. XIV. — Andral raconte l'histoire d'un jeune homme qui, après avoir fait, à cheval, un voyage fatigant, fut attaqué d'une affection fébrile pour laquelle on ne put découvrir aucune cause locale. Le quatrième jour, apparurent des accès de fièvre et une céphalalgie intense; la langue devint blanche, l'appétit disparut; la constipation était opiniâtre. Le douzième jour, le malade commença à délirer; le dix-septième, il succomba. Pendant toute la durée de la maladie, l'épigastre et l'hypochondre droit étaient restés mous et indolores; il n'y eut ni vomissements ni ictère; ce fut en vain que, pour découvrir une lésion locale, on examina les divers organes. A l'autopsie, aucun organe ne présenta une altération importante; le foie lui-même au premier abord sembla normal, jusqu'au moment où un coup de scalpel, donné au hasard, découvrit un abcès gros comme une orange,

(1) V. notes du chapitre IV (*Etiologie. — Infection puerpérale*). V. ci-contre, obs. de Morehead.

que remplissait un pus jaunâtre et inodore, et qui était entouré de substance hépatique rouge et ramollie » (1).

Obs. XV. — Mme X..., de Pondichéry, fut prise, il y a cinq ans, d'accès rémittents qui, après avoir résisté à un traitement anti-périodique, finirent pourtant par disparaître. Ils revinrent encore une seconde, puis une troisième fois. La malade, affaiblie, voulut partir pour Madras, où elle avait des parents; elle paraissait s'y bien porter, lorsque je reçus une dépèche télégraphique de son médecin, m'annonçant qu'un abcès au foie s'était subitement développé avec tous les symptômes d'une hépatite suraiguë. Il est pour moi certain qu'à l'époque de l'apparition des premiers symptômes fébriles, huit mois avant la mort de la malade, il y avait déjà du pus dans le foie » (2).

Obs. XVI. — « Le 2 octobre 1839, un lascar âgé de 62 ans, entra à l'hôpital des marins, atteint d'emphysème général et de catarrhe. Il ne se plaignait que d'une grande faiblesse ; il avait une fièvre hectique et des sueurs nocturnes, ce qui nous conduisit à penser qu'il avait des tubercules miliaires. Sa faiblesse fut en augmentant et son catarrhe l'emporta le 12 novembre. Pendant tout le temps qu'il passa à l'hôpital, il n'accusa jamais ni douleur, ni sensibilité anormale dans l'hypochondre droit : il n'eut ni vomissement, ni diarrhée, ni jaunisse, ni, en un mot, aucun de ces symptômes qui auraient pu conduire à penser qu'il avait le foie malade.

A l'autopsie, on trouva, dans l'épaisseur du foie, un abcès qui renfermait plus d'une pinte de pus. Cet abcès était limité par un kyste d'une résistance modérée ; le tissu hépatique qui l'entourait était, sur une épaisseur d'une ligne ou deux, pâle et condensé. Le reste de l'organe était parfaitement sain ; la capsule n'indiquait pas qu'elle eût jamais été enflammée.

Dans le gros intestin se trouvaient de nombreuses cicatrices consécutives à une ancienne dysenterie : il n'y avait aucun ulcère.

Les poumons étaient excessivement œdémateux ; les tubes bronchiques étaient obstrués par du mucus. Il n'existait aucune autre altération morbide » (3).

Obs. XVII. — « Chez une personne qui mourut après avoir souffert vingt-six mois, on ne remarqua jusqu'aux approches du dernier moment, que de vagues douleurs épigastriques, de la dyspepsie et des nausées. Chez un deuxième individu qui succomba aussi, l'appareil symptomatique débuta par une oppression croissante à laquelle s'ajoutèrent, successi-

(1) Frerichs, *op. cit.*

(2) Dr Collas. *Notes manuscrites*, in *Traité des maladies des pays chauds*, de Corre, p. 805.

(3) Budd. Obs. traduite in *Notes manuscrites* de Collas, résumée in Frerichs (*op. cit.*) et Corre (*op. cit.*).

vement, de l'anxiété vers la région précordiale, une angoisse inexprimable et de l'orthopnée ; ni les ébranlements communiqués à la base du thorax, ni la percussion ne furent ici de quelque secours pour le diagnostic. Chez le premier sujet, on avait soupçonné une affection nerveuse de l'estomac ; on crut, chez le second, à une hypertrophie concentrique du cœur. Or, à l'examen des cadavres, on n'aperçut aucune lésion vers les organes qu'on avait supposés atteints ; le siège du mal était le foie dont le lobe droit renfermait, en l'une et l'autre circonstance, deux abcès volumineux. M. Eon dit avoir vu le hoquet constituer le seul accident symptomatique dans un troisième cas où l'autopsie ne dévoila encore pour toute lésion, qu'un abcès du foie. » (1)

Obs. XVIII. — « Un homme déjà vieux, qui ne resta que peu de temps en traitement à l'hôpital, et qui, antérieurement, avait mené une existence vagabonde..., prétendait avoir été atteint d'une *fièvre d'accès* ; sa constitution était épuisée, et il présentait de l'œdème des pieds, de l'ascite, une peau blafarde et couleur de cire, ainsi que d'autres signes d'un état cachectique. La rate et le foie furent examinés avec soin, sans qu'on pût y découvrir de la tuméfaction ou de l'endolorissement. La digestion était entièrement détruite : vomissements d'un mucus gris ou parfois jaunâtre, garde-robes difficiles et de couleur normale. A l'autopsie, outre un catarrhe chronique de l'estomac, un emphysème pulmonaire et un athérome très étendu des vaisseaux, on découvrit vers le bord obtus du lobe droit du foie, un abcès gros comme un œuf d'oie, rempli de pus d'un jaune verdâtre, et dont la paroi lisse et compacte prouvait l'ancienneté. » (2)

C. — Hépatite larvée.

Il arrive que l'hépatite échappe au diagnostic, parce que, suivant la remarque de N. Guéneau de Mussy (3), « l'évolution de l'affection hépatique est enveloppée par d'autres localisations morbides qui la *masquent* par leur relief et par l'explication qu'elles semblent donner des symptômes observés. » Nous donnons à cette variété de l'inflammation suppurative du foie, le nom d'hépatite *larvée*.

L'affection qui la recouvre et lui permet ainsi de se dérober aux investigations médicales est : une *péritonite* qui emplit la scène clinique de ses bruyantes et douloureuses manifestations ; une *pleurésie droite* à laquelle, dans les pays tempérés surtout, on pourra croire légitime de rattacher la douleur du côté, la dyspnée

(1) Rouis. — *Recherches sur les suppurations endémiques du foie*, etc.
(2) Frerichs, *op. cit.*
(3) *Clinique méd.*, Paris 1885, t. IV, p. 498.

et la fièvre ; une *dysenterie* qui, par la violence de ses symptômes, absorbe l'attention du malade et du médecin ; ou encore, une *fièvre typhoïde*, explication plausible des phénomènes cliniques notés.

Obs. XIX. — « Allain, Auguste, 15 ans, mousse de l'*Austerlitz*, entré à l'hôpital de Brest, salle 25, le 27 mai 1884.

Malade depuis quatre jours. Anorexie, langue saburrale et fièvre. Vagues douleurs abdominales. Pas d'autres signes physiques qu'un peu de submatité sous la clavicule droite et une légère diminution de l'intensité du murmure vésiculaire à ce niveau. Ne tousse pas.

On note, les jours suivants, une marche très irrégulière de la température, sans que les symptômes se précisent par ailleurs. La maladie ne paraît être qu'un vulgaire embarras gastrique.

28 mai.	T. m.	39.1	;	s.	39 5
29 —	T. m.	37.5	;	s.	39.6
30 —	T. m.	38.2	;	s.	39.3
31 —	T. m.	37.8	;	s.	38.6
1er juin	T. m.	36.7	;	s.	39.4
2 —	T. m.	38	;	s.	39.4
3 —	T. m.	37.4	;	s.	40.
4 —	T. m.	37	;	s.	36.2
5 —	T. m.	36.3	;	s.	37 6

Le 6, au soir, reprise de la fièvre (39.4) : le thermomètre ayant marqué, le matin, 37'7. De cette date jusqu'au 14, le diagnostic « *granulie* » paraît le plus rationnel.

7 juin	T. m.	37.8	;	s.	39.8
8 —	T. m.	38.9	;	s.	39.8
9 —	T. m.	38.5	;	s.	39.6
10 —	T. m.	37.9	;	s.	39.6
11 —	T. m.	37.5	;	s.	40.4
12 —	T. m.	38.6	;	s.	40.2

Le 13 au matin, la température est de 35°2. Le malade a vomi hier soir et aurait présenté quelques convulsions épileptiformes.

Les pupilles sont inégales ; la peau est froide. Ni constipation ni diarrhée. Le soir, le thermomètre remonte à 40.7.

14. — T. m. 37°. A rendu, par la bouche, 3 ascarides lombricoïdes. Se sent soulagé. Toujours pas de douleur abdominale localisée. Température du soir : 40'2.

15. — A vomi deux fois dans la journée d'hier, mais n'a pas rejeté d'ascaride.

Ce matin, faciès hippocratique ; pouls lent ; extrémités froides ; tout l'abdomen est douloureux et sensible à la pression. Selles diarrhéiques fétides. Chute passagère de la paupière supérieure gauche au moment du réveil. Température : 36°2.

Le thermomètre marque, dans l'aisselle : à 9 h. 1/2 du matin, 35° ; à deux heures de l'après midi, 35°6 ; a 3 heures, 36°2.

16. — Deux selles diarrhéiques avec ascarides, cette nuit. Vomissements répétés. Empâtement marqué dans la fosse iliaque gauche. Cyanose ; coma ; pouls imperceptible. Température, 39°2. Mort dans la matinée.

On porte le diagnostic de péritonite vermineuse par perforation.

Autopsie : *Cavité abdominale.* — *L'épiploon* est sain, sans granulations et sans adhérences. Le *gros intestin* est libre partout, sauf une légère adhérence à la paroi abdominale, dans l'hypochondre droit. Pas d'injection de ses tuniques. La masse intestinale *grêle* est congestionnée.

En soulevant le *côlon ascendant*, on aperçoit sur le *psoas droit*, au détroit supérieur, une plaque de 4 à 5 centimètres carrés, d'aspect ecchymotique et de couleur ardoisée. Sur cette plaque, repose l'*appendice iléo-cœcal*, rigide et rempli par un corps étranger, comme une sonde par son mandrin. Le palper fait percevoir, dans le *cœcum*, une masse donnant au doigt la sensation de ficelles enroulées. Ce sont des ascarides lombricoïdes au nombre de six, l'un d'eux engagé dans l'appendice. L'épreuve de l'eau démontre, pourtant, qu'il n'y a pas eu perforation du diverticule iléo-cœcal. La partie voisine du cœcum paraît saine ; le reste du gros intestin ne présente ni ulcérations ni congestion. *L'intestin grêle*, du pylore à la valvule, est injecté, mais sa muqueuse est intacte. Ses anses ne sont pas agglutinées.

Le *mésentère*, de couleur et d'épaisseur normales, est, pour ainsi dire, farci de ganglions engorgés.

L'intestin enlevé entre deux ligatures, on trouve des lésions évidentes de péritonite localisée au cul-de-sac recto-vésical, dont les parois sont plaquées d'un exsudat crémeux et dont la cavité contient environ 150 gr. d'un liquide séro-purulent.

Le *rein* droit est augmenté de volume, noirâtre ou lie de vin. Poids 150 gr. Le rein gauche, normal, pèse 105 gr.

La *rate* n'est pas diffluente. Rien de particulier à la coupe. Poids 160 gr.

A ce moment, l'*estomac* est enlevé. Pas d'altération de ses parois ; pas d'ascarides dans sa cavité.

La tête du *pancréas* adhère au foie. La coupe de cet organe ne montre rien d'anormal.

Les lobes droit et gauche du *foie* ont une couleur très différente. Le lobe droit est marbré et violacé ; l'aspect du lobe gauche est normal. La *vésicule biliaire* est distendue ; ses parois sont intactes et la bile qu'elle contient ne présente aucune altération qui mérite d'être notée.

Pendant les manœuvres d'arrachement du foie, la main glissée entre la face convexe de cet organe et le diaphragme pénètre dans la substance hépatique ramollie et donne issue à un flot de pus jaunâtre chargé de grumeaux blancs. Une partie du lobe de Spigel ainsi déchiré reste

adhérente au diaphragme, avec la tète du pancréas que l'inflammation lui a soudée.

Ce lobe de Spigel est le siège d'un abcès du volume du poing, à parois déchiquetées, ramollies et putrilagineuses. Aucune communication ne peut être démontrée entre cette poche et les canaux biliaires. Cependant la section du tissu hépatique établit que plusieurs de ces canaux sont dilatés et pleins de pus. Pas d'ascaride dans le cholédoque. Les lobes droit et gauche sont criblés de petits abcès biliaires.

Cavité thoracique. — La *plèvre diaphragmatique* est fortement injectée au niveau de l'abcès sous-jacent. Les *poumons* paraissent sains. Le *cœur* est normal, comme volume et comme poids.

Cavité crânienne. — Ni injection, ni adhérences des méninges. Pas de granulations. Pas d'altération du tissu encéphalique. » (1)

Voilà donc une hépatite suppurée qui, probablement consécutive à la pénétration d'ascarides dans le système biliaire, évolue suivant le mode de la variété *fruste*, jusqu'au jour où éclatent les symptômes d'une péritonite aiguë, symptômes dont la signification ne peut être méconnue et qui auraient achevé de dérouter le diagnostic, si l'hypothèse d'un abcès du foie avait pu se présenter à nous, un seul instant, dans les conditions précitées de climat et d'étiologie classique négative.

Obs. XX. — « Un homme de quarante ans, marinier, entre le 18 octobre 1874, à la salle Saint-Bernard, dont le service était dirigé, pendant mon absence, par le Dr Fernet.

Cet homme, de constitution moyenne, affirmait n'avoir pas fait excès de boissons alcooliques, il n'avait pas habité les pays chauds, il n'avait pas eu de fièvres palustres.

Sept jours avant son entrée, le 10 octobre, il avait été pris de frissons suivis de fièvre, il avait senti une douleur vive dans l'hypochondre droit, cette douleur s'exaspérait par les mouvements. A ces phénomènes s'ajoutaient de la céphalalgie, de l'inappétence, de la diarrhée et des vertiges dans la station ; pendant deux nuits, il ne put fermer l'œil.

Les frissons se répétèrent les jours suivants.

Quand il entra à l'hôpital, on constata, outre les symptômes précédents, de la fièvre, une faiblesse très prononcée ; il avait des vertiges quand il se mettait sur son séant ; il toussait d'une toux sèche ; les conjonctives présentaient une teinte sub ictérique ; les artères étaient athéromateuses.

Le ventre était dur, un peu ballonné, sans apparence éruptive ; on constatait une légère sensibilité dans l'hypochondre droit : par la percussion on trouvait dans cette région un son mat, à partir de deux centi-

(1) Inédite.

mètres au-dessous du mamelon jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal. Dans l'épigastre, on trouvait ce foyer de sensibilité exquise que j'ai désigné sous le nom de *bouton diaphragmatique*; on observait entre les attaches inférieures du sterno-mastoïdien du *même* côté une sensibilité anormale. Le péricarde était sain ; on fut conduit à conclure à l'existence d'une pleurésie diaphragmatique ; on prescrivit un vésicatoire sur le côté gauche.

Deux jours après je pris le service ; l'inflammation avait franchi la limite de la gouttière costo-diaphragmatique et avait envahi la plèvre costale ; on trouvait de la submatité dans la moitié inférieure de ce côté en arrière ; le bruit respiratoire était affaibli, mais il n'y avait pas d'égophonie et les vibrations thoraciques étaient perçues pendant la phonation ; au sommet droit on entendait une expiration soufflante.

La fièvre persistait ; la dyspnée et la douleur avaient diminué ; je fis appliquer, cependant, un second vésicatoire pour arrêter les envahissements du processus inflammatoire et je prescrivis une potion diurétique.

Le malade avait trois ou quatre selles liquides par jour : on lui administrait chaque jour un ou deux lavements émollients.

Deux jours après, je constatais un léger frôlement péricardique ; en même temps j'étais frappé de l'aspect typhique que prenait la figure du malade ; ses paupières étaient tombantes, sa physionomie exprimait l'étonnement et presque la stupeur ; le ventre se ballonnait ; la langue était collante. Le foie descendait jusqu'à trois travers de doigt, au moins, au-dessous du rebord costal, et ne paraissait pas sensible à la pression. Le thermomètre montait le matin à 39° et à 40° le soir. On entendait des râles sibilants dans la poitrine; le son était obscur et la respiration faible dans les deux tiers inférieurs du côté droit. Evidemment le travail morbide dépassait la poitrine; l'économie tout entière semblait sous l'impression d'une action morbide qui avait simultanément pour foyers le thorax et l'abdomen.

Cette double localisation se rencontre surtout dans la fièvre typhoïde et dans la phthisie aiguë qui peut revêtir le masque typhique. Le début apparent par une pleurésie me faisait incliner vers la seconde hypothèse. Sans trouver dans l'épanchement du côté droit une explication suffisante de la saillie du foie, son indolence complète, l'absence de toute inégalité, de toute modification de consistance à la surface, éloignaient ma pensée d'une lésion grave et aiguë de cet organe.

Le 20 octobre, neuf jours après l'entrée du malade à l'hôpital, seize jours après le début de la maladie, l'état adynamique s'accentuait de plus en plus : le pouls filait sous le doigt quand on faisait asseoir le malade; la langue était sèche; le ventre très ballonné mais souple et indolent; aucune éruption ne se montrait à sa surface, la peau avait une teinte pâle, mate, qui coïncidait avec un léger œdème de la paroi abdominale; les membres inférieurs étaient également œdématiés. Le malade, pendant

la nuit, parlait haut et avait des rêvasseries. Cependant la fièvre baissait et la thermalité était tombée à 38°; les jours suivants même elle ne fut que de 37°6 le matin et 38°4 le soir. La diarrhée diminua ; mais les conjonctives conservaient une teinte un peu jaunâtre. Pendant la nuit, un véritable délire succéda aux rêvasseries des nuits précédentes; pendant le jour, l'iutelligence était nette et il répondait avec précision aux questions qu'on lui adressait.

Le 28 octobre, l'état du ventre avait subi une modification importante, à la souplesse avait succédé l'empâtement et l'immobilité des anses intestinales qui paraissent agglutinées entre elles. Dans le flanc droit la palpatiou faisait percevoir une crépitation très manifeste, comparable au froissement de l'amidon, qu'on percevait pendant les grands mouvements respiratoires et qu'on développait surtout en faisant glisser la paroi abdominale sur les organes sous-jacents, manœuvre qui n'était pas douloureuse. Cette péritonite à marche insidieuse, sans vomissements, presque sans développement anormal de la sensibilité, coïncidant avec une diminution de la fièvre, me confirma dans la pensée que j'avais affaire à une tuberculose granuleuse aiguë ; le délire, qui, les jours suivants, se montra pendant la journée, pouvait s'expliquer par une méningite granuleuse.

La pleurésie persistait sans modifications importantes ; on constatait de la matité et de la faiblesse du bruit respiratoire dans les deux tiers inférieurs du côté droit. La nuit suivante, le malade eut du délire et de l'agitation, il déchira les rideaux de son lit ; la tête et la poitrine étaient le siège d'une transpiration abondante. Le lendemain matin 29, je le trouvai très-prostré, la langue était sèche ; il avait des soubresauts dans les tendons.

Le 30, le délire n'avait pas cessé depuis la veille; aux soubresauts s'ajoutaient de la carphologie, du mâchonnement et des contractions de la face qui lui donnaient l'apparence du rire sardonique ; toute la périphérie cutanée était couverte de sueur. Les mouvements respiratoires produisaient dans la trachée des râles qu'on entendait à distance. Il succomba à huit heures du soir.

Autopsie. — La pie-mère cérébrale, au niveau des anfractuosités, était infiltrée d'une sérosité opaque, plus abondante au voisinage de la scissure de Sylvius ; la substance cérébrale elle-même ne présentait aucune altération.

La plèvre droite, épaissie, tapissée de fausses membranes, était remplie par un liquide séreux, rougeâtre, abondant.

Le poumon droit était affaissé ; le lobe inférieur, compacte, privé d'air, tombait au fond de l'eau ; le lobe supérieur, adhérent par son sommet à la plèvre costale, présentait dans ce point sept à huit tubercules miliaires, gris, transparents. Le poumon gauche était congestionné dans toute sa hauteur.

Le péricarde renfermait un peu de sérosité rougeâtre; le cœur était un

peu augmenté de volume; sur la face antérieure du ventricule droit existait une plaque laiteuse assez adhérente. L'endocarde qui tapisse les deux ventricules était d'un rouge violacé, et cette coloration résistait au lavage.

Après l'ouverture de l'abdomen, le foie ne présentait extérieurement qu'une augmentation de volume et une saillie anormale au-dessous du rebord costal, mais, en voulant le détacher du diaphragme, on ouvrit un vaste abcès d'où s'écoula un flot de pus jaune, crémeux. Cette collection purulente occupait les trois-quarts du lobe droit; sa paroi supérieure était formée par la face inférieure du diaphragme doublé de la membrane fibreuse du foie; le tissu glandulaire avait à ce niveau complètement disparu.

La cavité du foyer était anfractueuse, tapissée çà et là par de minces lambeaux pseudo-membraneux; le tissu hépatique environnant était rouge, congestionné, friable, le reste de l'organe présentait un volume exagéré et avait subi la dégénérescence graisseuse; la portion qui dépassait les côtes était couverte de fausses membranes.

La rate avait son volume normal; son tissu était friable.

A part un état congestif, les reins n'offraient rien qui méritât d'être noté.

La portion du péritoine qui recouvrait le cœcum était le siège d'une injection considérable. L'intestin grêle était sain. Le cœcum et le côlon ascendant étaient constellés de saillies du volume d'une lentille, constitués par des follicules engorgés; la plupart de ces petites tumeurs étaient ulcérées à leur centre et ressemblaient à des pustules varioliques. Le fond de ces ulcérations était occupé par un détritus grisâtre, adhérent; quelques-unes plus profondes avaient un fond rougeâtre; le tissu jaunâtre, pultacé, des follicules, avait été éliminé. Dans les côlons transverse et descendant, ces lésions étaient de moins en moins prononcées, elles avaient complètement disparu au niveau de l'S iliaque.

Ainsi, j'avais reçu ce malade avec l'étiquette de pleurésie; l'inflammation de la séreuse pulmonaire, renfermée au début dans les limites de la plèvre diaphragmatique, s'était généralisée.

Deux symptômes ne dérivaient pas directement de cette affection, la diarrhée qui s'était montrée dès le début, et qui persistait sans offrir une très grande importance, et la saillie du foie, beaucoup plus considérable que celle qui pouvait résulter du refoulement du diaphragme par cet épanchement; une obliquité exagérée des dernières côtes ne témoignait pas, d'ailleurs, de son abondance. Mais cet homme, marinier de son état, avait été placé dans ces conditions hygiéniques qui favorisent la congestion chronique du foie; d'une autre part, l'indolence absolue de l'organe, l'état lisse de sa surface, diminuaient, sans les repousser complètement, les probabilités d'une complication hépatique.

Cette simultanéité d'affections inflammatoires de la plèvre, du péricarde, du péritoine, la forme même de cette péritonite qui, aiguë par sa durée, avait les allures d'une péritonite chronique, ces légers signes

d'induration que je trouvais au sommet du poumon droit, cette bronchite diffuse, me firent croire à une tuberculose aiguë. Cette hypothèse expliquait d'une manière satisfaisante l'apparence typhique que revêtait la maladie : elle rendait compte de cette diarrhée que j'imputai à une entérite phymateuse ; l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale pouvait être attribué à la compression exercée sur la veine cave par des ganglions lymphatiques congestionnés et peut-être dégénérés. Enfin, l'extension de la production granuleuse aux méninges me paraissait devoir être la cause du délire, quoique je m'étonnasse de ne pas trouver ces phénomènes de contracture ou au moins de raideur cervicale si communs dans la méningite tuberculeuse.

Nous avons vu quel démenti les résultats de l'examen nécroscopique sont venus infliger à ces prévisions qui paraissaient si bien coordonnées et appuyées sur des appréciations si vraisemblables. La petite induration tuberculeuse, que j'avais soupçonnée pendant la vie au sommet droit, existait, mais isolée et indépendante de la scène morbide à laquelle elle avait semblé pouvoir servir d'étiquette. L'hépatite suppurée était le fait principal, dominant, sinon le fait primitif de cette maladie à manifestations nombreuses et diffuses. Si cet énorme abcès s'était dérobé à nos investigations, c'est qu'il s'était développé dans la partie postérieure du foie ; il était entièrement caché par le diaphragme et par les côtes. » (1)

Notons incidemment que si l'erreur de diagnostic était pour ainsi dire inévitable dans les circonstances où s'est trouvé l'éminent observateur auquel nous empruntons cette relation, l'abcès du foie aurait pu être reconnu, en dépit de la pleurésie et de la péritonite concomitantes, *dans un milieu d'endémicité ou chez un malade ayant séjourné dans les régions inter-tropicales*, par un médecin prévenu de la marche insidieuse qu'affecte très fréquemment l'hépatite suppurée.

Obs. XXI. — C..., Pierre, voltigeur, remplaçant au 15me léger, est en Afrique depuis quatre ans. D'une très forte constitution, il s'était parfaitement rétabli d'une dysenterie dont il fut atteint à Oran il y a un an. Enclin aux écarts de régime, il est tombé malade en expédition, il y a vingt jours. Sa maladie a commencé par une diarrhée qui se transforma bientôt en une dysenterie intense. C... est apporté dans mon service sur un cacolet, aujourd'hui 25 août.

25 août. — Prostration extrême, selles fréquentes, copieuses, rousses, fétides ; mucosités au fond du vase. Météorisme et ballonnement du ventre. Aucune douleur du côté du foie où l'on ne remarque rien de particulier. Pouls à 100, très petit. Peau froide. Pas d'ictère.

Mort le 26 au matin.

(1) M. Guéneau de Mussy, *loc. cit.*

Autopsie. — Poumons sains. Cœur volumineux. Très petites plaques blanches et anciennes sur l'oreillette droite ; caillots fibrineux dans le ventricule droit.

Abdomen : l'estomac contient cinq lombrics ; la muqueuse est grisâtre et d'un jaune très clair dans le grand cul-de-sac où l'on remarque encore des bosselures emphysémateuses du tissu cellulaire sous-muqueux. Quelques plaques d'un pointillé noir dans le jéjunum. Une quinzaine de plaques de Peyer aréolaires et non saillantes à la fin de l'ileum. Les intestins grêles sont ballonnés. Les gros intestins sont remplis d'une matière, d'une couleur brune. Les trois tuniques sont épaissies. La muqueuse, mise dans l'eau, laisse flotter des débris filamenteux, tomenteux, qui se détachent de sa surface. Une multitude de petites plaques noires à bords non relevés, ressemblant à des eschares faites au moyen de la potasse caustique, se font remarquer depuis le cœcum jusqu'à l'anus. La muqueuse est intacte dans quelques parties.

Le foie conserve son volume normal ; dans la profondeur du lobe droit, à 27 millimètres de sa surface, on pénètre dans un foyer rempli de pus. La fausse membrane qui tapisse l'intérieur de cet abcès, de la grosseur d'un œuf de poule, se montre sous forme d'une pellicule facile à détacher du tissu du foie. Ce tissu, aux environs, est mou et se déchire plus facilement que partout ailleurs où il est sain. La vésicule n'offre rien de remarquable.

Les ganglions mésentériques et les veines n'offrent rien de remarquable à l'œil nu.

Les (1) abcès du foie n'ont pas été reconnus avant la mort. Rien n'indiquait leur présence ; est-ce à dire pour cela qu'au moment où l'hépatite a pris naissance, il n'y a pas eu quelque symptôme du côté du foie ? Au moment où nous avons reçu ces malades, ils étaient dans un état de souffrance, d'épuisement et de fatigue inexprimable. La dysenterie était assez intense pour faire taire une douleur obscure, ou une pesanteur dans le foie; et les malades étaient tellement absorbés dans les douleurs de la dysenterie, qu'ils ne pouvaient rendre compte de leurs sensations morbides existant ailleurs que dans le côlon.

Peut-être que si nous avions suivi les malades depuis le moment où l'hépatite a commencé à naître, nous aurions pu saisir quelque phénomène qui nous aurait fait soupçonner, sinon diagnostiquer cette maladie obscure » (2).

Obs. XXII. — « Le nommé H..., soldat du train des équipages, entre à l'hôpital d'Oran, le 24 novembre 1841.

Lorsque je le vis, il était couché sur le dos et paraissait très abattu, sa

(1) Les réflexions de l'auteur concernent trois observations analogues : la précédente est de ce nombre.

(2) Catteloup. — *Mémoire sur la coïncidence de l'hépatite et de la dysenterie*, in Recueil de mémoires de méd. milit., t. LVIII, p. 125 et suivantes.

face était profondément altérée. Il accusait une douleur très vive dans le trajet du côlon, mais particulièrement à l'hypogastre, douleur qui s'exaspérait par la pression; la soif était intense et il éprouvait un besoin irrésistible d'aller à la selle ; les matières qu'il rendait étaient visqueuses, filantes, se tenaient entre elles et adhéraient fortement au vase; elles étaient parsemées de stries sanguinolentes,et présentaient tout l'aspect des crachats fournis par la pneumonie arrivée au deuxième degré; mais quelquefois, nous dit-il, elles sont formées de sang pur ; le pouls est petit et fréquent....

Le 25, prostration, anxiété, pressentiment de mort ; le pouls a augmenté de fréquence; il donne au moins 120 pulsations, mais il est toujours petit ; besoin continuel d'aller à la garde-robe, selles fétides mais en petite quantité et composées de mucus sanguinolent. Douleur répandue dans tout l'abdomen.

Le 26, même état ; les infirmiers disent que le malade a eu du délire toute la nuit, les selles sont plus copieuses et moins douloureuses ; elles sont mêlées à un sang noir et séreux ; H... se plaint de n'avoir pas uriné depuis la veille.

Le 27 et le 28, face cadavéreuse, grande prostration, les dents et la langue sont recouvertes de fuliginosités ; délire toute la nuit ; les matières s'échappent involontairement. Douleurs très vives dans l'abdomen, au plus léger attouchement ; le malade exhale une odeur fétide. Mort le 29, à six heures du matin.

Nécropsie : Le foie a au moins le tiers en plus de son volume normal ; il est très consistant ; la presque totalité du lobe droit de cet organe est occupée par une cavité contenant un pus louable, crémeux, homogène, sans odeur, semblable en tout à celui qui se forme dans le tissu cellulaire, ce qui est contraire à l'assertion de quelques auteurs qui ont assigné au pus formé dans la substance du foie des caractères particuliers comme la couleur lie de vin, etc. Le pus était en contact avec la substance même du foie qu'il infiltrait dans une certaine étendue.

Les autres parties de l'organe présentaient une couleur noire, et étaient gorgées d'un sang noir, qui ruisselait de toutes les incisions. Les canaux biliaires étaient libres. La rate était extrêmement petite.

Le gros intestin présentait des ulcérations irrégulières, à bords épais, fongueux.

Les autres organes n'offraient rien de remarquable. Voilà encore une grave altération du foie, dont la formation n'est annoncée par aucun symptôme caractéristique... On n'observe ni tumeur dans l'hypochondre droit, ni douleur en aucun point de la région hépatique... Dès l'entrée du malade à l'hôpital et même pendant tout le cours de sa maladie, un diagnostic assuré et positif était impossible. » (1).

Obs. XXIII. — Le V..., Louis, 22 ans, matelot, entré à l'hôpital de Saint-Mandrier, le 2 août 1881.

Malade depuis une huitaine de jours. Malaise général ; lassitude ; inappétence ; céphalalgie avec vertiges ; soif très vive ; anorexie ; anxiété respiratoire ; langue avec enduit blanchâtre très épais. Abdomen très douloureux, surtout au niveau de la *fosse iliaque droite*, où l'on constate du *gargouillement*. Selles *diarrhéiques* très fréquentes. *Taches rosées lenticulaires*. Température axillaire, le soir : 40°.

3 août. T. : m. 39°2 ; s. 40°4.

5 août. Même état général. Douleur vive et persistante au niveau de la fosse iliaque droite et de l'*hypochondre droit*. Anxiété respiratoire moindre. T. : m. 38°6 ; s. 39°3.

6 août. T. : m. 39°3 ; s. 40°2.

7 août. T. : m. 39° ; s. 40°2.

8. — Le malade se sent un peu mieux ce matin. Douleur à la fosse iliaque droite très légèrement atténuée. Selles diarrhéiques toujours fréquentes. Abondante transpiration. T. : m. 39°4 ; s. 39°5.

9. — T. : m. 39°6 ; s. 40°2.

10. — T. : m. 39°3 ; s. 39°.

11. — T. : m. 38°6 ; s. 39°

12. — Céphalalgie diminuée. *Langue de perroquet*. Nombreuses selles liquides. Légère anxiété respiratoire. T. : m. 37°6 ; s. 39°2.

13. — T. : m. 38°6 ; s. 39°4.

14. — T. : m. 38°8 ; 39°.

15. — Le malade est très abattu. Dans la journée d'hier, il a *rendu par les selles* une quantité de *sang* évaluée à 250 gr. T. : m. 38°2 ; s. 39°4.

16. — T. : m. 38°4 ; s. 39°2. Mort à 10 h. 15 du soir.

Autopsie. — Cavité abdominale. Le *gros intestin* présente, au niveau du *côlon transverse*, 4 petites ulcérations et des arborisations.

Le *péritoine* a contracté d'étroites adhérences avec le lobe droit du *foie*. L'ablation de cette enveloppe détermine l'issue d'une quantité considérable (1 litre environ) de pus chocolat, et met à nu un vaste foyer purulent occupant la presque totalité du lobe droit. Autour de cette poche purulente, le tissu hépatique présente une coloration grisâtre et un ramollissement assez marqué. Un peu en dedans de cet abcès, on ouvre, au scalpel, une autre poche purulente d'où s'écoulent environ 100 gr. d'un pus jaunâtre et crémeux. Il n'y a pas de communication entre ces deux abcès. Le volume du foie est considérablement augmenté ; il s'étale sur toute la largeur de l'abdomen et envahit l'hypochondre gauche. Son diamètre est de 0m35. Dans le sens vertical, il s'étend du 4me espace intercostal à l'épine iliaque droite, empiétant un peu sur la fosse iliaque du même côté. Le diamètre antéro-postérieur est de 0m08.

La *rate* présente un volume normal, mais est très altérée dans sa consistance : elle est ramollie et friable.

(1) Haspel. *Maladies de l'Algérie*. T. I, p. 213.

Cavité thoracique. Liquide citrin dans la *plèvre droite* et le *péricarde* Congestion *pulmonaire* à droite.

Cavité crânienne. Pas ouverte (1).

Il y a dans cette relation nécropsique une lacune très-fâcheuse : l'état de l'*intestin grêle* n'est pas mentionné. Nous croyons néanmoins, en raison de certains signes (gargouillement iliaque, taches rosées lenticulaires, hémorrhagie intestinale), qu'il s'agit ici d'une *fièvre typhoïde* compliquée d'hépatite suppurée, plutôt que d'une hépatite suppurée à réaction *typhoïde*, encore que la courte durée de la maladie, opposée au volume des abcès hépatiques, soit un très sérieux argument contre cette manière de voir.

La première hypothèse admise, il est évident que dans un hôpital métropolitain et chez un jeune matelot qui n'avait jamais servi aux colonies, le diagnostic *dothienentérie* a pu paraître expliquer d'une façon satisfaisante les symptômes constatés, et empêché qu'on ait rapporté à une inflammation hépatique, la douleur de l'*hypochondre droit* accusée par le malade et très nettement indiquée dans la partie clinique de l'observation.

D. — Hépatite latente.

L'épithète d'hépatite *latente* doit être réservée à cette variété de l'inflammation suppurative du foie dans laquelle l'évolution des lésions se fait si sourdement et provoque si peu de réaction locale ou générale, que les malades ne songent pas à interrompre leurs occupations habituelles, continuent à faire leur service, ne se plaignent de rien et ne recourent pas au médecin. On pourrait encore, par analogie avec d'autres conditions cliniques désignées par ce nom, l'inscrire sous la rubrique d'hépatite *ambulatoire*.

Qu'un abcès, même d'un certain volume, demeure silencieux tandis qu'il occupe les parties profondes du parenchyme, il n'y a pas lieu d'en être surpris, quand on est édifié sur la tolérance relative des régions centrales du foie. Ce que l'on comprend moins, c'est ce que les choses aillent ainsi tout le temps, avec des abcès qui grossissent, gagnent peu à peu vers la surface de la glande, contractent des adhérences avec les organes voisins et finissent par se rompre en y déversant leur contenu. De tels faits existent cependant, et même sont plus communs qu'on ne serait tenté de le croire à priori :

(1) Inédite.

Obs. XXIV. — « Un homme au teint fleuri, doué de la plus parfaite santé en apparence, chez lequel rien ne trahissait la présence d'une affection du foie.... tombe dans les convulsions de l'agonie et meurt étouffé par un abcès énorme qui avait fait invasion dans la poitrine » (1).

Obs. XXV. — « Un individu qui n'offrait aucun signe appréciable de maladie, prend part à une rixe et y est tué; l'ouverture du corps décèle l'existence d'un abcès considérable dans le lobe droit du foie » (2).

Obs. XXVI. — « Le 19 juillet 1844, un convoi part de Mascara pour Tiaret, où il arrive le 22. Le 25 au soir, un soldat qui n'avait cessé de marcher, comme ses camarades, pendant les trente lieues du trajet parcouru, accuse un peu de fièvre et de diarrhée, puis succombe tout à coup dans la nuit ; à l'autopsie, on découvre que le lobe droit du foie était réduit en une vaste coque purulente, sous les enveloppes de laquelle il ne restait du tissu glandulaire qu'une couche de trois millimètres à peine » (3).

Obs. XXVII. — « On a pu voir un soldat tomber foudroyé au moment où, arrivé à l'étape, il buvait l'eau d'une source. Effrayé de cette mort subite, le médecin des troupes fit l'autopsie et trouva que cet homme était mort de la rupture d'un abcès du foie dont jamais il n'avait songé à se plaindre » (4).

Obs. XXVIII. — Un soldat robuste, sans antécédents pathologiques, dont l'histoire est rapportée par le Dr Lagrange (5), meurt subitement à Hué, ayant repris son service après un jour de vague indisposition. L'autopsie fait découvrir un abcès du volume d'une pomme, développé sur le bord mousse du foie, au voisinage de la veine-cave.

Obs. XXIX. — « Un trompette de dragons succombe à l'hôpital de Montauban, en 1876, le lendemain de son entrée d'urgence ; son foie n'était plus qu'une coque pleine de pus; l'un de nous le voyait cependant, deux jours auparavant, sonnant la charge ; il ne s'était jamais présenté à la visite » (6).

(1) Haspel. *op. cit.*
(2) Rouis. *op. cit.*
(3) Rouis. *op. cit.* relation du Dr Mallet.
(4) Borius. *Topographie méd. du Sénégal.* Arch. de méd. nav, 1882, t. XXXVII.
(5) *Pathologie des Européens à Hué.* Arch. de méd. milit., 1888, t. XII, p. 129.
(6) Barthélemy et Bernardy. *Trois cas d'abcès du foie.* Arch. de méd. milit. 1890, t. XV.

Voici deux autres cas typiques d'hépatite suppurée *latente*, rapportés par sir James Ranald Martin : « Y remember hearing of the case of a trooper of her Majesty's 11th dragoons, who fell from his horse on parade at Cawnpore, and was killed on the spot by fracture of the skull and laceration of the brain. On *post*

On ne saurait trop répéter que ces variétés fruste, larvée et latente de l'hépatite suppurative sont, à elles trois, plus fréquentes que la variété type ou franche de cette inflammation du foie, la simple congestion éliminée de son histoire. C'est un fait si bien établi, pour les médecins qui ont pratiqué dans les régions d'endémicité, que le Dr Patrick Manson (d'Amoy) a pu écrire : « Le vieux tableau clinique de l'hépatite est entièrement faux et trompeur (*misleadrig*). Il peut arriver que les symptômes soient urgents et impossibles à méconnaître ; mais, dans la grande majorité des cas, si peu urgents sont les signes généraux et locaux, que tel malade qui se présente porteur d'un abcès du foie, déclare ne pas savoir s'il a un foie » (1).

Il nous paraît difficile d'exprimer en termes d'une plus saisissante rigueur, le peu d'éclat qu'offrent souvent les manifestations symptomatiques de l'hépatite suppurée.

§ II

Terminaisons

La résolution et la suppuration sont les terminaisons principales de cette maladie endémique.

Résolution. — Fréquemment observée dans la forme aiguë de la variété type, sensiblement plus rare dans la forme sub-aiguë, elle fait généralement défaut dans tous les genres de l'hépatite chronique. L'hépatite idiopathique est plus souvent susceptible de cette terminaison que l'hépatite consécutive à la dysenterie, condition étiologique dans laquelle on peut la dire exceptionnelle.

mortem examination, an abscess was found in the liver; andthis, although the man had never expressed any feeling of indisposition, and had not for months been an hour absent from duty.

Soon after y went to India, y was requested by my friend M. Nicholson and by Dr William Russell, to assist at the examination of the body of a deceased magistrate of Calcutta. He had but a week previously retourned from a hog-hunting party, feeling then slightly indisposed. There had been no fever, nor any symptom to indicate danger ; — so that his sudden death took his friends by surprise. The appearance of the body exteriorly was that of a powerful and healthy man ; but in the liver were found *seven* abscesses, distinct and separate, and varying from the size of a common nut to that of an orange. I was then very young, and this case left a deep impression on my mind as to the concealed dangers of such cases. » (*Influence of tropical climates*, etc., p. 483).

(1) *On the operative treatment of hepatitis and hepatii abscess.* China. Imperial maritime customs. med. Reports for the half year ended 30 septemb. 1883.

Elle est marquée cliniquement par l'atténuation et la cessation des douleurs, de la dyspnée et de la fièvre; le retour graduel du foie à son volume normal; le réveil de l'appétit ; la restauration des fonctions digestives et l'arrêt de l'amaigrissement.

Suppuration. — Elle s'annonce dans la forme aiguë, par une exacerbation des symptômes locaux et généraux, ou par une reprise de ces symptômes après détente passagère. La fièvre avec frissons et sueurs, rémittente ou intermittente, est le plus caractéristique des signes du travail de suppuration. C'est souvent le seul qui indique la formation du pus dans l'hépatite chronique.

Central et de petit volume, l'abcès peut ne donner lieu à aucune modification bien évidente de la région hépatique. Volumineux et rapproché de la surface de la glande, il se révèle ordinairement par un certain nombre de phénomènes locaux qui sont, par ordre chronologique : l'augmentation de volume du foie, au maximum quand il y a plusieurs gros abcès ; la douleur plus circonscrite et plus fixe, exaspérée par la pression : la projection excentrique des côtes avec élargissement des espaces intercostaux; le frottement péri-hépatique, perçu par la palpation et par l'auscultation ; l'œdème de la paroi, la voussure et enfin la fluctuation.

Ces quatre derniers symptômes sont des manifestations tardives, et tant de dangers menacent le patient avant leur apparition, qu'il faut savoir aujourd'hui diagnostiquer l'abcès et, même, en aborder la thérapeutique chirurgicale, sans compter sur le secours de la donnée clinique qu'ils représentent.

Le travail de suppuration une fois commencé :

1° *Le malade meurt avant la collection du pus;* fait de la réalité duquel témoignent les observations du Dr Haspel, mais fait aussi rare que celui qu'ont établi les recherches de Rouis : la mort avant la formation du pus.

La terminaison fatale est précédée de symptômes typhoïdes.

2° La *mort survient après la collection du pus, mais avant l'enkystement, la rupture ou l'ouverture chirurgicale de l'abcès.* Ici encore c'est au milieu des phénomènes de l'état dit typhoïde que le malade succombe.

3° *L'abcès s'enkyste; la partie liquide de son contenu se résorbe; le reste se transforme en une sorte de mastic caséeux qui peut finir par disparaître après avoir subi la dégénérescence granulo-graisseuse : la paroi du kyste s'épaissit et se fronce, à mesure que s'effectue ce travail de résorption et que la cavité s'efface; un nodule cicatriciel*

plus ou moins étoilé ou déprimé est, en dernière analyse, le seul vestige anatomique de la collection purulente. (Productions fibreuses stellaires de Mérat.) Cette guérison spontanée des abcès du foie, sans ouverture de la poche et sans issue de la matière purulente a été contestée. Rouis, Behier et Hardy n'y ont vu qu'une illusion anatomique et clinique, ces abcès en apparence résorbés n'étant, pour eux, que des collections vidées à travers les voies biliaires. D'autres auteurs ont rapporté à l'hépatite syphilitique, les cicatrices étoilées, considérées par Morehead, Mac Lean, Mérat et Chassaignac, Catteloup, Dutroulau, etc., comme les stigmates d'abcès anciens, guéris sans évacuation de leur contenu. Tout en reconnaissant que la fréquence de ce mode de terminaison a été exagérée, nous devons le tenir pour réel, en présence d'observations anatomiques montrant, à l'autopsie de gens traités pour hépatite suppurée plus ou moins longtemps auparavant, le parenchyme hépatique encore creusé d'une cavité à parois fibreuses et froncées, englobant un petit amas de matière caséeuse, parfois calcifiée ou une faible quantité de sérosité puriforme.

Dans ces conditions exceptionnellement favorables, la guérison est atteinte après disparition progressive de tous les symptômes provoqués par la phlegmasie hépatique. Mais il arrive, et la possibilité du fait ne doit pas être oubliée, que les reliquats caséeux des abcès en régression, sorte d'épine implantée dans le parenchyme hépatique (*abcès résidueux* de sir James Paget), soient, pendant longtemps, susceptibles d'une reviviscence inflammatoire, due peut-être à la persistance d'éléments microbiens, et provoquent de nouveau la suppuration hépatique chez des individus ayant, depuis plusieurs années, abandonné les pays chauds (*abcès tropical posthume* de Barthélémy). (1)

4° *L'abcès tend peu à peu vers la capsule de Glisson ; il s'épanche au dehors à travers la paroi thoraco-abdominale ou s'ouvre dans un organe ou un appareil avec ou sans communication directe ou indirecte avec l'extérieur.* Ces migrations du pus, sont, dans l'histoire des abcès hépatiques, une partie si importante, que nous consacrerons, à leur étude, un chapitre spécial. La mort est la terminaison constante de quelques-unes d'entre elles ; les autres tuent le malade, soit par les troubles fonctionnels immédiats, qu'elles déterminent, soit par l'hecticité et le marasme qu'elles entraînent

(1) Bonnaud. *Quelques considérations cliniques sur les abcès du foie observés dans les pays chauds.* Th. Lyon, 1881.

à la longue ; ou permettent la guérison par tarissement de l'abcès et oblitération conjonctive de sa cavité.

5° *La guérison survient ou le malade succombe après ouverture chirurgicale de l'abcès.* — Les conditions cliniques créées par ces deux solutions seront examinées plus loin, au chapitre du traitement chirurgical.

La *gangrène* est indiquée, par la plupart des auteurs, comme une terminaison possible de l'abcès du foie. Il nous paraît plus rationnel de ne voir, dans ce processus, qu'un incident surajouté, en un mot, qu'une complication sur laquelle nous reviendrons.

CHAPITRE VII

MIGRATIONS

Parmi les divers modes de terminaison de l'hépatite suppurative, nous avons rangé (chap. VI, § 4) les cas où *l'abcès tend peu à peu vers la capsule de Glisson, et s'ouvre dans un organe ou appareil, avec ou sans communication avec le dehors.* Nous avons ajouté que cette communication, si elle existe, peut être *directe* ou *indirecte.*

Quelques exemples vont de suite mettre en lumière les termes de cette proposition un peu complexe :

L'abcès s'ouvre spontanément, au dehors, dans la région de l'hypochondre, après avoir agglutiné les diverses couches qui séparent le foie des téguments. C'est là une première catégorie de faits, la plus simple cliniquement, puisqu'il y a *évacuation directe* au dehors.

L'abcès arrive à la surface du foie et s'ouvre dans le péritoine soit qu'il s'y enkyste, et permette ainsi une prolongation de la vie, soit qu'il y produise une péritonite généralisée mortelle. C'est là avec des variétés d'évolution un cas d'une seconde catégorie; ouverture de l'abcès dans un appareil (cavité péritonéale) *sans communication* avec le dehors. Mais l'abcès au lieu d'amener une perforation brusque du péritoine hépatique, provoque une inflammation adhésive, qui unit le colon transverse à la capsule de Glisson, si bien qu'il verse son contenu dans cette portion de l'intestin, sans s'épancher dans la cavité péritonéale. C'est une nouvelle variété ; il s'est ouvert dans un organe *en communication directe* avec le dehors. Dans une autre série de faits, on voit le pus, moins fréquemment il est vrai, gagner des appareils qui semblaient par leur situation, leur peu de surface ou leurs connexions éloignées, devoir échapper

à cet envahissement. C'est l'appareil biliaire (canaux ou vésicules, c'est l'appareil urinaire (bassinet), qui servent de voie d'évacuation au contenu de l'abcès hépatique. On peut dire alors que l'abcès s'est ouvert dans un appareil en *communication indirecte* avec le dehors. Ainsi le trajet accompli par le pus est très-variable et à côté des migrations les plus fréquentes, telles que l'ouverture dans l'intestin ou le poumon, il en est de singulières qui constituent une véritable curiosité clinique (ouverture dans la veine cave, dans le rein gauche). Toutes ces migrations du pus ne constituent pas des évacuations, comme le fait remarquer très justement Debergue (1) dans sa thèse inaugurale. Les évacuations qui peuvent en résulter sont assez rarement complètes et efficaces. Parfois elles sont temporaires, et peuvent se reproduire en quelque sorte par accès. Ce sont alors des ouvertures spontanées *à répétition*.

On voit qu'il y a là un grand nombre de faits intéressants soit par leur anatomie, soit par les troubles qu'ils entraînent en clinique, et qui peuvent devenir de véritables complications. Presque toujours le diagnostic en est obscurci, et le pronostic en est alors très-aggravé à la fois parce que la sagacité du praticien est mise en défaut, et parce que des lésions secondaires constituées sont le plus souvent inabordables. Pour tous ces motifs il est utile de tracer un tableau aussi complet que possible des migrations connues, en citant un grand nombre d'exemples inédits ou tirés de diverses publications.

Le *processus anatomique* qui amène le pus d'un foyer intrahépatique central, au contact de la capsule de Glisson, n'est autre que le mécanisme d'accroissement des abcès du foie.

Il n'y a nullement une *migration intrahépatique* vers la capsule fibreuse ; les foyers purulents n'ont pas de tendance à s'en rapprocher par déplacement ; ils s'agrandissent seulement par l'un des modes que nous avons étudiés au chapitre de l'anatomie pathologique. C'est dans la variété que nous avons décrite sous le nom d'abcès ulcératif, que ces phénomènes se passent le plus souvent. Il y a soit fusion de deux ou plusieurs abcès voisins, soit plus fréquemment envahissement de proche en proche, par l'intermédiaire d'une zone d'inflammation suppurative, qui se traduit d'abord par une infiltration embryonnaire le long des travées conjonctives, puis par la formation d'abcès miliaires, et enfin par

(1) Debergue. — De la migration des abcès du foie dans les formes chroniques de l'hépatite suppurée des pays chauds. — Thèse de Montpellier, 1889.

la réunion de ces vacuoles purulentes au foyer principal. Cette réunion constitue ces cavités déchiquetées, anfractueuses, dont les parois se prolongent souvent en diverticules qui sillonnent tout un lobe du foie. Ces diverticules peuvent eux-mêmes porter l'inflammation au contact de la capsule de Glisson, avant que la grande cavité de l'abcès y confine.

La couche superficielle du foie est plus fournie que le reste du parenchyme en veines flexueuses promptes à se thromboser. Toutes ces raisons contribuent à favoriser la diffusion du pus dans le tissu sous-glissonien; mais c'est toujours là un phénomène d'extension et jamais de déplacement du foyer purulent, comme cela peut arriver dans certaines conditions au milieu d'un membre, et comme quelques auteurs ont pu le croire pour le foie.

A côté de cette propagation phlegmoneuse et ulcérative, il faut tenir compte des nouvelles nécrobioses que des pénétrations microbiennes réitérées peuvent produire successivement auprès d'un foyer primitif.

Enfin il peut y avoir une vraie gangrène, bien rare sans doute, et qui entraîne à la fois le tissu glandulaire et un fragment de ses enveloppes fibreuse et séreuse. Ces derniers accidents ne permettent guère à la migration de s'effectuer ; la mort les suit de trop près, et tout au plus constate-t-on à l'autopsie une irruption du pus dans le péritoine.

Quand le pus, par l'accroissement du foyer, ou par un diverticule, est arrivé au contact de la capsule fibreuse, il ne faut pas croire que celle-ci lui livre aussitôt passage. D'une texture conjonctive assez serrée, la portion périphérique de la membrane de Glisson lui oppose au contraire une certaine résistance comme les aponévroses dans les phlegmons des membres. Seulement, tandis que celles ci faiblement adhérentes aux muscles et aux tissus cellulo-adipeux voisins se laissent décoller par le pus qui forme alors, suivant des directions bien connues des chirurgiens des traînées ou fusées purulentes, entre le foie et la capsule il ne peut se produire aucun décollement. La capsule se laisse refouler, ou mieux seulement distendre, au point ou le pus s'amasse, et jamais celui-ci ne s'infiltre entre le parenchyme et son enveloppe pour gagner une position plus déclive. Il est inutile de rappeler la disposition de la membrane de Glisson et des travées conjonctives de pénétration qu'elle envoie dans le foie le long des vaisseaux qu'elle engaîne. Aussi dans les autopsies la possibilité d'arracher par lambeaux la membrane de Glisson, est liée à des altérations profondes du paren-

chyme et surtout des expansions conjonctives interlobulaires. Or, dans l'hépatite suppurative l'adhérence de la capsule au foie n'a subi aucune atteinte générale, et, nous le répétons, cette capsule n'est refoulée par le pus que là où il n'existe plus de foie.

La capsule fibreuse est donc une barrière opposée à la propagation du pus.

De plus, cette membrane est peu vasculaire et ses vaisseaux n'ont presque point de communauté avec ceux du parenchyme.

Ils proviennent de rameaux spéciaux de l'artère hépatique, et ne s'anastomosent que rarement avec quelques fines divisions artérielles des lobules de la surface. Par suite, la capsule s'enflamme elle-même fort peu, et n'accepte que lentement l'invasion suppurative du tissu qu'elle recouvre.

Mais des troubles de circulation, une subinflammation lente ou brusque, chronique ou récente de la fibreuse, retentissent promptement sur le péritoine qui lui forme un revêtement superficiel et très-adhérent; et il en résulte la production des néo-membranes et des adhérences. Ces transformations du péritoine péri-hépatique précèdent ordinairement l'ulcération de la capsule de Glisson. On connaît la propriété qu'ont les séreuses de former à leur surface des exsudats fibrineux, capables de les agglutiner avec des surfaces opposées de même nature, et Bichat avait noté comment on peut utiliser la facilité de production de cet exsudat pour obtenir une soudure par adossement.

Les phénomènes intimes de ces formations d'adhérences sont exposés dans tous les livres classiques, et nous nous bornerons à en rappeler succinctement les principales phases. Elles consistent d'abord en un exsudat interstitiel de la membrane séreuse, exsudat qui amène le gonflement et la chute de l'endothélium. Cet exsudat fibrineux, abondant si le processus est aigu, se collecte sous forme d'un liquide particulier dans les grandes cavités séreuses, en laissant sur la surface sécrétante un dépôt de fibrine réticulée, mêlée de leucocytes et de cellules endothéliales altérées.

Puis dans les parois séreuses en contact, des phémonènes semblables se produisent en quelques heures. Dès lors, les deux couches poisseuses de fibrine se joignant, forment un ciment dans lequel les vaisseaux sanguins et lymphatiques se développent. Cette couche cimentaire est ainsi devenue une néo-membrane dans laquelle des éléments conjonctifs prennent corps et qui soude l'une à l'autre les deux séreuses. Il y a alors fusion apparente des deux feuillets séreux ; ils sont, en effet, restés limités dans leurs

connexions nouvelles, seulement par leur couche élastique superficielle, à peine modifiée dans la plupart des cas.

Tel est le processus de la péritonite adhésive, et c'est à travers des adhérences semblables que le pus s'ouvre une voie dans la plupart de ses migrations. Cependant ce mécanisme est inutile là où le foie est en contact avec d'autres organes sans interposition du péritoine. Ainsi, au niveau de l'insertion des ligaments du foie, le parenchyme n'est pas revêtu de séreuse, celle-ci se repliant pour aller se confondre avec le feuillet pariétal. L'épaisseur de ces ligaments, surtout du coronaire et du triangulaire gauche, étant assez forte, et admettant une certaine quantité de tissu cellulo-vasculaire entre les deux feuillets péritonéaux, on comprend que l'inflammation peut passer par leur intermédiaire, du foie au diaphragme, sans envahir le péritoine. Nous avons trouvé, en pratiquant des autopsies, deux exemples de ce fait : dans l'un le ligament coronaire, épaissi et induré, il est vrai, avait servi de vecteur au pus allant du foie dans le poumon droit ; il existait là une cheminée pouvant admettre le petit doigt, et traversant le diaphragme sans que le péritoine ait été altéré.

Dans l'autre cas, la rate était ulcérée et un abcès avait formé un diverticule entre cet organe et le foie, dans l'épaisseur du ligament triangulaire gauche ; le péritoine était sain.

Les mêmes conditions se rencontrent entre le foie et la vésicule biliaire, dans toute l'étendue du sillon transverse (gros vaisseaux et canal hépatique) ; dans la gouttière de la veine cave inférieure et enfin souvent au milieu de la fosse qui correspond à la capsule surrénale droite. C'est encore là un point ou l'abcès du foie peut se propager en dehors de l'organe, sans entrer dans le péritoine, et donner lieu à un phlegmon périnéphrétique d'une nature particulière ; nous en rapporterons plus loin une observation.

Parfois les adhérences ne sont que temporaires ; elles se rompent ou sont résorbées peu après leur formation, et il en résulte soit un épanchement de pus dans la cavité séreuse, soit une nouvelle occlusion de l'abcès après évacuation partielle. Nous avons observé un cas bien remarquable d'abcès évacué par le tube digestif sans persistance des adhérences hépato-intestinales.

Obs. XXX (1). – Un abcès du foie, nettement diagnostiqué, et que nous allions opérer, se vida brusquement par l'intestin. Les évacuations, abondantes et purulentes, furent caractéristiques, et le bord inférieur de

(1) Inédite.

l'organe très abaissé, remonta aussitôt à son niveau normal. Malheureusement, et malgré un soulagement éphémère, l'homme, qui était dans le marasme, succomba quatre ou cinq jours après cette évacuation. Or, à l'autopsie nous trouvâmes un abcès de la face concave du foie formant une poche superficielle et peu distendue. Au centre de la lame hépatique, mince, qui en formait la paroi inférieure, existait une dépression cicatricielle récente. Enfin, en regard, sur le côlon, une autre cicatrice étoilée, à peine solide. Pas de péritonite. Le foie, ou plutôt l'abcès, après s'être évacué dans le côlon à travers une adhérence à peine organisée, mais qui nous paraît cependant inévitable, s'était retiré en rétraction et avait libéré l'intestin.

Nous reproduisons à la fin du volume un fait presque semblable (Obs. CXV).

Dans d'autres circonstances enfin, il n'y a pas de formation d'adhérences, soit que les sujets étant dans le dernier degré du marasme ne puissent pas fournir la fibrine nécessaire, soit que la violence et l'infectiosité du processus aient provoqué un exsudat séro-purulent d'emblée, dont les premiers coagulums gorgés de leucocytes et de globules sanguins sont incapables d'aboutir à autre chose qu'à une fonte purulente. Dans ce dernier cas l'invasion de la séreuse par la suppuration est devenue inévitable, mais pourra encore être limitée, comme on le voit particulièrement dans les péritonites enkystées.

De ces diverses conditions du processus suppuratif, résultent des migrations différentes plus ou moins lointaines, plus ou moins rapides, plus ou moins nocives.

Examinons les variétés connues. On peut les classer en *migrations sous-diaphragmatiques* et *sus-diaphragmatiques*, distinction qui n'a du reste guère d'importance clinique.

Dans le premier groupe se rangent l'évacuation du pus par les voies biliaires, par le tube digestif, par les voies urinaires, l'irruption du pus dans le péritoine, dans la rate, ou dans le système vasculaire.

Dans le second groupe, on connaît la migration dans le péricarde, dans le poumon et la plèvre. On peut encore citer l'invasion du médiastin.

Enfin le pus réussit parfois à se frayer un passage au dehors à travers les téguments, après des trajets plus ou moins compliqués.

Ces diverses issues sont aussi variables comme fréquence que comme gravité. Il en est (l'ouverture dans les vaisseaux, dans le

rein, dans le péricarde), qui sont de véritables curiosités scientifiques; d'autres, dans le tube digestif, le poumon, semblent au contraire être presque des voies naturelles pour l'élimination du pus, tellement l'inflammation adhésive périhépatique se propage facilement sur ces organes, et les prépare à recevoir la décharge de l'hépatite suppurée.

Il n'y a guère de statistique bien faite sur la fréquence relative de ces diverses migrations naturelles.

Nous citerons les données suivantes :

Rouis sur	30	abcès	spontanément ouverts,
en a rencontré :	2	ouverts	à la paroi,
»	17	»	par les bronches,
»	9	»	par le tube digestif,
»	2	»	par les voies biliaires.

Par ailleurs ce chiffre de 30 abcès spontanément ouverts, correspond environ à 100 abcès diagnostiqués.

Haspel cite 2 cas d'issue dans le poumon, 5 dans la plèvre, 2 dans le péritoine, mais ce sont là des faits rapportés en exemple et sans souci de la statistique.

Un auteur de l'Inde anglaise, le Dr Stovell (1) dans un article fort intéressant, analyse 28 cas d'abcès du foie qui s'évacuèrent spontanément, ou par ouverture chirurgicale.

Sur ce chiffre	on en compte :	8	ouverts chirurgicalement,
»	»	16	par les bronches,
»	»	1	dans la plèvre,
»	»	2	dans le tube digestif,
»	»	1	dans le péritoine.
	Total. .	28	

Notre statistique personnelle se rapproche assez de ces précédents tableaux. Ainsi, sur les 100 cas de l'hôpital St-Mandrier, nous avons relevé 38 évacuations spontanées.

Or, sur ces 38, il y eut :	1	ouverture	spontanée à la peau,
	21	»	par les bronches,
	3	»	dans la plèvre,
	10	»	dans l'intestin,
	3	»	dans le péritoine.
(2) Total. .	38		

(1) Stovell. — Statistics, etc... Transact. of. the med. and. phys. soc. of Bombay; new séries III, 1837.

(2) On trouvera dans Rendu (Dict. Encycl.) les statistiques de Dutroulau et de Waring assez semblables aux nôtres.

On voit qu'en moyenne plus de la moitié des abcès, parmi ceux qui aboutissent à une ouverture spontanée, se vident par les bronches, et un quart par l'intestin.

Pour étudier ces diverses voies d'élimination spontanée nous commencerons par les voies biliaires, qui semblent à priori offrir un moyen d'évacuation très-simple aux abcès intrahépatiques.

I. — Migrations par les voies biliaires

La cavité d'un abcès intrahépatique étant en quelque sorte taillée à l'emporte-pièce dans la parenchyme, il semble que la béance des conduits biliaires au niveau des parois devrait être la règle, et s'il en était ainsi, les deux faits de l'écoulement de la bile dans l'abcès, et de l'issue du pus par les conduits biliaires, devraient être à la fois très-fréquents et toujours connexes. Or, l'observation clinique démontre que le pus du foie contient rarement de la bile et que d'autre part ce pus ne trouve qu'exceptionnellement un chemin de sortie par le canal cholédoque. La béance des canaux biliaires n'existe donc pas ordinairement dans la paroi des abcès, et lors même qu'elle se produit et se maintient quelques jours, elle ne suffit pas en général pour offrir au pus une issue sur laquelle on puisse compter.

On a fourni plusieurs explications de la non-perméabilité des canaux biliaires, et parmi ces hypothèses je ne fais que signaler, pour l'écarter aussitôt, celle qui consiste à admettre qu'une membrane pyogénique vient *s'étendre comme un écran* au devant des bouches ouvertes des canaux biliaires. Cette conception, qui ne pouvait éclore que chez des écrivains pour qui l'anatomie pathologique est lettre morte, tombe devant ce simple fait que dans la plupart des abcès, la paroi est formée de parenchyme hépatique brusquement entaillé, ou détruit par la nécrobiose, et nullement revêtu d'une membrane quelconque.

Quant aux cas où il existe une membrane d'enkystement, celle ci étant le résultat lointain d'une organisation bien postérieure à la formation de l'abcès, on ne peut l'invoquer comme une barrière contemporaine du processus ulcératif.

Mais si l'on étudie la zone de voisinage d'un abcès du foie, on constate que tous les vaisseaux sont thrombosés dans une certaine étendue, et que les canaux biliaires, même ceux d'un certain volume, sont obturés comme les vaisseaux sanguins par de véri-

tables coagulations formées de fibrine et de cellules épithéliales (*voyez l'anat. path.*). Ces thromboses biliaires déjà signalées par quelques auteurs (Rendu) et que nous avons minutieusement étudiées dans nos recherches microscopiques, sont un fait à peu près constant.

La cholerrhagie et l'élimination du pus par ces conduits exigent donc des conditions particulières, qui consistent dans *l'ulcération brusque d'un conduit biliaire important ou même de la vésicule.* D'ailleurs cette ulcération brusque qui produit de temps à autres la cholerrhagie, n'entraîne que beaucoup plus exceptionnellement l'issue du pus par les voies biliaires.

Les faits connus dans la littératnre médicale et relatifs à l'ouverture d'abcès dans les *canaux biliaires* sont assez rares, et en général vaguement rapportés. On comprend du reste que cette migration ait pu parfois passer inaperçue, surtout dans des cas où la guérison a paru se faire par résorption.

Léonard (1) en 1830 cite une observation de kyste suppuré, ouvert dans les conduits biliaires, lesquels avaient acquis le volume du doigt indicateur.

Fauconneau-Dufresnes (2) mentionne un certain nombre d'auteurs qui auraient rapporté des observations du même ordre. Mais en allant aux sources on s'aperçoit que ces récits tantôt manquent de précision, tantôt reproduisent indéfiniment un même fait, que tous les auteurs se repassent sans le contrôler. C'est ainsi que les noms de Morgagni, Salmuth, Cruveilhier, Andral, etc., sont cités partout à propos de cette migration, quoiqu'ils n'aient en réalité fourni aucun cas nouveau ou démonstratif.

Parmi les observations plus nettes nous citerons celle de Charcellay (in Fauconneau-Dufresnes) qui observa en 1838, à la Charité, un malade chez qui un kyste hydatique suppuré s'était fait jour « *dans une racine biliaire en l'élargissant, laquelle racine, à peu de distance, aboutissait au conduit hépatique.* » Morehead parle aussi d'une autopsie dans laquelle le pus du foie pénétrait dans le *canal cholédoque.*

Un fait plus récent et dont nous avons été témoins dans le service de notre vénéré maître, le Dr Barthélemy, a été rapporté par Bonnaud (3). En voici une analyse :

(1) Léonard. — Thèse de Paris, 1830.

(2) Fauconneau-Dufresnes. — De la curabilité des abcès du foie ; in *Revue Médicale*, 1846.

(3) Bonnaud. — Sur les abcès du foie des pays chauds. Thèse de Lyon, 1881.

Obs. XXXI. — L. Tourny, infirmier, 35 ans, entre le 27 janvier 1881 à Saint-Mandrier, après avoir passé cinq ans en Cochinchine. Diarrhée ancienne, jamais bien guérie. A la suite d'un dernier voyage il est pris tout à coup d'une douleur violente à l'épigastre. A son arrivée à Toulon, teinte jaune des téguments ; amaigrissement extrême, etc.... Dit avoir éprouvé à l'épigastre une sensation de rupture. A cette région, tumeur dure, bosselée, résistante et rénitente qui, jointe à la teinte jaune générale, fait croire à un cancer stomacal.

Plus tard, on y sent des crépitations qui font penser à des acéphalocystes. Un beau jour, le malade, plein de joie, vient dire que tout a disparu à la suite d'une évacuation par les selles de matières dont il ne peut préciser la nature. On croit à la guérison. Mais bientôt la fièvre s'allume, les sueurs nocturnes surviennent, l'épaule droite devient le siège de douleurs, et la région de l'hypochondre s'empâte. On revient au diagnostic d'abcès du foie, vidé par le côlon et en train de se reproduire. A l'exploration, on estime que l'abcès doit être très profond, et l'opération est jugée inutile. Le malade ayant vomi à deux reprises un verre de pus blanc, il devient naturel d'admettre une ouverture de l'abcès dans l'estomac ou le duodenum.

L'hecticité emporte le malade le 27 février.

L'*autopsie* réservait des surprises. L'estomac est sain, sans fistule, épaississement, ni adhérence, ni aucun signe qui puisse faire songer à une perforation oblitérée. Œsophage absolument sain.

Le foie est adhérent par sa face convexe au péritoine diaphragmatique ; extrait de la cavité abdominale, il contient vers sa portion convexe, dans la région qui était en contact avec l'œsophage, un abcès clos renfermant 200 gr. de pus chocolat.

Cet abcès est dans le lobe droit, près du grand sillon du foie. La cavité est bien close. Lavée et remplie d'eau, elle n'en laisse pas échapper.

Afin d'expliquer l'évacuation du pus par les voies digestives, on procède à des recherches minutieuses. L'estomac est insufflé ; l'œsophage étudié avec soin ; le duodenum examiné, le poumon droit et la plèvre correspondante inspectés aussi ; tous ces organes sont sains, il n'y a pas d'adhérences pleurales.

On injecte alors de l'eau par le bout du cholédoque attenant au foie ; la vésicule se remplit d'abord, puis on voit l'eau sourdre dans le fond de la poche purulente. L'expérience, répétée plusieurs fois, est très démonstrative.

Interprétation de ces phénomènes. — On conclut à l'enchaînement des faits suivants : ulcération d'un des grands canaux biliaires par le pus d'un abcès siégeant près du hile ; replétion de la vésicule (d'où coliques hépatiques, douleur spéciale, et tumeur à l'épigastre) ; crépitation produite par expulsion du pus à travers le cysto-cholédoque, pus apparaissant tantôt dans les selles, tantôt dans l'estomac, après disparition

brusque de la tumeur. Guérison apparente et reproduction des mêmes phénomènes.

L'ouverture d'un abcès dans la vésicule biliaire est aussi signalée par beaucoup d'auteurs ; mais la plupart des citations que l'on trouve partout sont sans valeur aucune. Donnons un exemple : sur la foi de Fauconneau, Cruveilhier est réputé avoir *raconté* un fait de ce genre. Or, en se reportant au texte (1), on trouve cette phrase : « Le pus qui entoure la vésicule du fiel peut passer dans cette vésicule, et de là dans l'intestin ». Et c'est tout ! aucun exemple, aucune preuve, aucune citation à l'appui ! C'est ainsi que se font presque toutes les citations.

Nous négligerons donc toutes les mentions vagues et souvent erronées que l'on rencontre dans les auteurs spéciaux, et nous nous en tiendrons à un fait récent et bien observé.

Dans l'intéressant travail de Debergue (2), nous trouvons l'observation suivante, dont nous ne présentons que le résumé :

Obs. XXXII. — Mach., Pierre, rentrant de Cochinchine, où il avait eu plusieurs atteintes de dysenterie, fut opéré à Saïgon en février 1888, par la méthode de Récamier, d'un abcès du foie faisant saillie au niveau des fausses côtes. Rapatrié après cicatrisation, il arriva à St-Mandrier dans un état de cachexie profonde, pesant 48 kgr. La matité du foie était diminuée, et quoique la palpation fût douloureuse, il n'existait ni empâtement ni voussure. La cicatrice, mesurant 4 cm., était solide.

Or, le 17[me] jour après son entrée, il succomba.

A l'*autopsie* on trouva la vésicule biliaire adhérente à l'angle du côlon, et renfermant 100 gr. de pus lie-de-vin d'origine hépatique. Le foie, très adhérent au diaphragme, était d'un volume normal (1600 gr.), mais il contenait un vaste abcès du volume d'une grosse orange situé au centre du lobe droit, et communiquant par un conduit fistuleux étroit avec la vésicule biliaire. Celle-ci, très adhérente à la fossette cystique, présentait une perforation à sa partie moyenne, mais ne renfermait aucun calcul. Chose remarquable, le canal cystique était oblitéré.

Ainsi qu'on peut en juger par les exemples précédents, l'ouverture d'un abcès hépatique dans l'appareil biliaire ne peut guère être diagnostiqué sur le vivant. En tout cas les symptômes qui pourraient mettre sur la voie seraient les mêmes que ceux d'une ouverture directe de l'abcès dans un segment quelconque du tube digestif.

(1) Cruveilhier. — Dict. de méd. et chir. prat., art. foie. Tome 8, p. 328.
(2) Debergue. — De la migration des abcès du foie. Th. de Montpellier, 1889.

Évacué par le canal cholédoque, le pus du foie peut se retrouver dans les matières ou dans les vomissements, et il est évident que l'ouverture, dans le duodenum, reproduirait ces deux conditions, tandis que l'ouverture, dans le côlon, reproduirait la première, et dans l'estomac la seconde.

On restera donc dans le doute. L'extrême modération des évacuations, leur apparition, comme physiologique, sans aucun signe de péritonite locale, mais parfois avec coliques hépatiques, pourraient cependant faire songer à une migration par les voies biliaires.

D'autre part, les détails de l'observation Bonnaud peuvent éclairer sur l'invasion de la vésicule biliaire par le pus. Si, après les signes d'une hépatite suppurative, on trouvait la vésicule formant tumeur et que le dégonflement brusque de celle-ci coïncidât avec l'évacuation d'une notable quantité de pus par le tube digestif, il y aurait présomption en faveur de l'évolution d'un abcès par les canaux biliaires, la vésicule, et enfin, le cysto-cholédoque. Mais nous ne pensons pas que l'on puisse aller au delà de simples présomptions. La ponction explorative, employée avec les précautions antiseptiques de rigueur, pourrait encore contribuer à faire un diagnostic approximatif.

II. — Ouverture dans le péritoine.

Lorsque le pus est arrivé à la superficie du foie, nous savons que dans la plupart des cas une inflammation adhésive lui offre à la fois une barrière et un chemin qui dirige l'évacuation vers certains organes, ou vers la paroi. Les adhérences servent réellement à endiguer le pus, et empêchent son irruption dans la cavité abdominale ; mais nous l'avons vu aussi, cette condition évolutive peut ne pas se réaliser : la perforation de la capsule de Glisson peut être si rapide, si imprévue, que l'inflammation adhésive n'ait pas le temps de former barrière. Parfois, une mortification en masse de la paroi superficielle de l'abcès dépasse les limites de ces adhérences protectrices. On a cité des cas de rupture traumatique d'un abcès du foie, et les vieux auteurs particulièrement ont raconté plusieurs de ces histoires, dans lesquelles une chute de cheval, un éternuement, un effort de défécation avaient amené cette catastrophe. Dans ces divers cas il y a une irruption brusque du pus, et toutes les chances sont en faveur d'une péritonite généralisée suraiguë, rapidement mortelle.

Nous verrons qu'il est, au contraire, des faits où le processus de diffusion est très-atténué. Enfin, dans une autre catégorie de cas, l'ouverture de l'abcès se fait très-lentement, sans doute par une fissure ou un pertuis situé au milieu même de plaques d'adhérences, et la migration du pus continue à se faire à travers le péritoine, toujours limitée par des formations adhésives successsives, et aboutissant à des péritonites suppurées enkystées.

Telles sont donc les deux variétés cliniques bien distinctes : *péritonites généralisées* par perforation, — *péritonites enkystées* par infiltration.

La péritonite suppurée généralisée par irruption du pus dans l'abdomen n'est pas commune, quoique cette irruption semble devoir se produire fréquemment si l'on songe à ces abcès à paroi mince, prêts à se rompre et que l'on rencontre si fréquemment dans les autopsies. Mais ces ruptures imminentes trouvent encore moyen d'être arrêtées ou déviées par la formation d'adhérences entre le foie et quelque organe voisin. D'ailleurs, il est possible que bon nombre de ces cas aient passé inaperçus, le malade ayant porté sur pied un abcès du foie, et la mort ayant suivi de près la rupture accidentelle de cet abcès, sans que l'observation médicale ait pu être recueillie. Quoiqu'il en soit, les faits de ce genre sont absolument rares dans la littérature médicale. Ainsi, Haspel (1), sur 30 abcès du foie, dont les observations sont rapportées en détail, ne relate qu'un fait où le pus, se vidant dans la cavité abdominale, ait provoqué une péritonite généralisée. En voici un résumé :

Obs. XXXIII. — Un soldat des chasseurs d'Afrique, âgé de 25 ans, entré à l'hôpital le 25 mai 1841 pour une hépatite, fut traitée par la saignée, le calomel et la digitale. La situation empira promptement, et au bout de quelques jours éclatèrent des signes manifestes de péritonite : Abdomen tendu, ascite, vomissements, douleurs abdominales atroces, anxiété, pouls misérable, etc. Cet état se prolongea une vingtaine de jours et le malade succomba le 22 décembre. A L'autopsie on trouva qu'une matière sanieuse, purulente, remplissait les fosses iliaques et le bassin. Les deux faces de l'estomac, le côlon, les anses de l'intestin grêle, les reins, les deux surfaces concave et convexe du foie, et les portions correspondantes du diaphragme, étaient tapissées par des exsudations blanchâtres, purulentes, se détachant en larges lambeaux. Le tissu du foie avait une extrême friabilité, et même se réduisait en bouillie. En outre un vaste abcès avait occupé une partie de la face convexe du foie, et s'était ouvert largement dans le péritoine.

(1) Haspel. — Mal. de l'Algérie. Tome I, obs. 2, p. 195.

Rouis, sur 40 faits, n'en publie pas un seul où le péritoine ait été envahi d'une façon semblable. Fauconneau-Dufresnes (1) se borne à rappeler l'histoire d'un jeune et savant voyageur, Victor Jacquemont, qui mourut à Bombay, d'une péritonite mortelle, par épanchement d'un abcès du foie, suivant l'observation du Dr Mac Lennan.

D'ailleurs, dans les auteurs anglais de l'Inde, ces exemples sont aussi rarement rapportés. Le tableau statistique de Stovellt, que nous avons reproduit ci-dessus, indique que sur ces 28 abcès évacués spontanément, ou chirurgicalement, un seul s'ouvrit dans le péritoine et amena la mort.

Dans la série si intéressante de 40 observations publiées par les éditeurs du Madras Quaterly medical journal (1844) (2), nous trouvons aussi un cas de péritonite généralisée, par pénétration du pus. Ce cas présente un grand intérêt parce qu'un abcès se rompit dans l'abdomen, tandis qu'un autre était ouvert au dehors, à l'aide du trocart.

Obs. XXXIV. — John Taylor, 32 ans, entre le 7 mai 1841 ; on soupçonne un abcès du foie, et on assure le diagnostic par une ponction avec l'aiguille exploratrice. Puis avec un trocart, on évacue trois pleines poëlettes de pus. L'homme succomba deux jours après. A l'autopsie, on trouve le foie désorganisé dans une grande étendue, et contenant plusieurs abcès volumineux. L'un de ces abcès à la face convexe a été ponctionné et se trouve entièrement vidé. Un autre à la face concave récemment rompu, a évacué son contenu dans le péritoine, causant un haut degré de péritonite. Cette rupture s'est accompagnée de l'affaissement soudain de l'abcès. Aucune partie du contenu de l'abcès ponctionné n'avait pu s'échapper dans la cavité abdominale, car la canule était restée en place après la mort, et il y avait là de solides adhérences entre le foie et la paroi autour du lieu de la ponction.

Dans notre relevé de 100 obs. recueillies à Saint-Mandrier, relevé qui s'arrête au 1er janvier 1892, nous n'avons rencontré qu'un exemple de péritonite généralisée par irruption du pus hépatique. Mais il s'en est précisément produit un récemment, après la clôture de nos tableaux de statistique. Voici ces deux relations :

Obs. XXXV (3). — Jossin, 34 ans, 19 ans de service. Nombreux séjours dans les colonies, a souffert depuis plusieurs années de troubles intestinaux et hépatiques. Entre à l'hôpital le 1er juin 1887, pour péritonite avec

(1) Fauconneau-Dufresnes. — Loc. cit., p. 525.
(2) Madras quarterly. Obs. II, p. 318.
(3) Inédite.

douleurs violentes et vomissements. Température élevée. Selles dysentériques.

Après trois jours de souffrance, il succombe.

A l'autopsie, on trouve un vaste abcès du foie (lobe droit) ouvert dans le péritoine ; celui-ci est rempli de pus et les intestins y sont agglutinés par des membranes fibrino-purulentes récentes.

Obs. XXXVI (1).— Maurin, Marius, âgé de 48 ans, de Marseille, entre à Saint-Mandrier le 22 août 1891, pour *fièvre gastrique*. Mauvaise santé générale; grand affaiblissement; fièvre; état gastrique prononcé, inappétence, insomnie. Douleurs abdominales vives et persistantes, plus particulièrement autour de l'ombilic.

Pas d'antécédents coloniaux, mais habitudes d'intempérance invétérées.

Pendant 15 jours l'homme ne présente que les mêmes phénomènes avec dysenterie, douleurs abdominales, et mouvements fébriles irréguliers. Il est du reste assez vaguement observé et l'on n'a pas noté l'état de la région hépatique.

Le 8 septembre, douleurs abdominales plus vives; ventre ballonné sensible à la pression. Tumeur particulièrement douloureuse vers l'S iliaque. Grand abattement. Le malade succombe dans le coma à minuit.

L'autopsie a révélé deux abcès dans le lobe gauche du foie; le plus superficiel s'est ouvert dans le péritoine et le pus s'y est répandu en grande abondance, baignant particulièrement toute la portion descendante du gros intestin ; tout le reste du péritoine est le siège d'une violente inflammation ; nulle part il n'y a formation d'adhérences.

La *péritonite enkystée* est commune. Ne nous occupant que des accidents amenés par la migration du pus, nous ne nous arrêterons pas aux péritonites circonscrites, sèches, ascitiques ou suppurées qui se développent autour du foie malade sans communication directe de leur contenu avec la cavité d'un abcès hépatique. Ce sont là des complications.

La péritonite suppurée enkystée, en communication avec l'abcès hépatique, peut se faire par irruption du pus dans un foyer de péritonite locale préexistante ; mais le plus souvent les adhérences qui vont former barrière à l'abcès migrateur sont le résultat de ce processus même, et marchent en quelque sorte devant le pus.

L'ulcération de l'enveloppe du foie, quelquefois large d'emblée, est ordinairement étroite au début, ou même fissurale ; plus tard elle s'arrondit, mais demeure toujours assez réduite, formant une communication définitive entre les deux parties de la cavité en gourde que forme l'abcès hépato-péritonéal.

Tantôt la perforation est établie au milieu d'une lame mince de tissu hépatique, ou même simplement de la capsule de Glisson.

(1) Inédite.

Tantôt elle représente une véritable cheminée, longue, étroite, sinueuse même, creusée à travers une portion encore épaisse de tissu hépatique sain. Parfois plusieurs de ces cheminées, véritables diverticules de ces grands abcès anfractueux que nous avons étudiés, viennent s'ouvrir en divers points de la cavité abdominale.

Quant à la péritonite enkystée elle-même, d'abord accolée à la glande hépatique, elle suit les lois de la déclivité et tend presque toujours à gagner les parties inférieures de l'abdomen en suivant l'une de ses parois.

C'est même le voisinage d'une des parois qui déterminera la direction que suivra l'abcès migrateur, en l'empêchant en quelque sorte de se perdre au milieu des circonvolutions intestinales. C'est la paroi abdominale antérieure qui est le plus souvent en contact avec l'abcès hépato-péritonéal, parce que c'est elle qui est en rapport immédiat avec tout le bord tranchant du foie et une partie de sa face supérieure. Aussi sera-ce le plus ordinairement contre cette paroi que l'on rencontrera chez le vivant les signes de la péritonite locale.

La région ombilicale est un territoire préféré des péritonites enkystées d'origine hépatique, et nous en avons recueilli plusieurs exemples. Le suivant est aussi net qu'instructif.

Obs. XXXVII (1). — Le commandant D... des E... entre à l'hôpital Saint-Mandrier le 28 avril 1887. Soigné précédemment à domicile par le Dr Cunéo, et l'un de nous, il avait présenté les symptômes que nous résumons ainsi rapidement.

Antécédents pathologiques. — Diarrhée de Cochinchine au début de sa carrière maritime. Dysenterie du Sénégal datant de 7 ans et ayant nécessité son retour en France dans un état très sérieux. Amélioration par un séjour à Vichy. Dans ces dernières années, à deux reprises différentes, congestion passagère du foie, constitution fatiguée par les services antérieurs.

Etat actuel. — Depuis trois semaines malaises divers, inappétence, recrudescence de la diarrhée habituelle. Amélioration pendant quelques

(1) La première partie de cette obs. a été publiée dans une thèse de 1889 : mais pour des raisons que nous ne chercherons pas à pénétrer, elle a été modifiée et tronquée de la façon la plus étrange. C'est ainsi qu'on affirme dans la publication que les selles furent souvent purulentes. Elles ne le furent pas, et l'observation officielle fort bien faite ne fait pas mention de ce symptôme. En outre, par une singulière coïncidence l'auteur de la thèse fait sortir de l'hôpital en convalescence le commandant D... précisément le jour où l'un de nous pratiqua une ponction dans l'abcès péritonéal. Le malade passa encore plus de 15 jours à l'hôpital.

jours. Dans la nuit du 18 au 19 avril, accès avec frisson, chaleur et sueurs. (1 gr. de sulf. quinine).

Le 20. — Accès de fièvre moins intense, alitement.

21. — Mauvaise nuit. Pesanteur dans l'hypochondre droit ; le foie déborde les fausses côtes. Douleur à la partie inférieure de la région. (Sulfate quinine, 1 gr. purgatif salin.)

23. — Mauvaise nuit. Douleurs plus prononcées dans la région hépatique. La matité dépasse les fausses côtes de quatre travers de doigt. *Le lobe gauche* est aussi notablement augmenté. Légère teinte subictérique.

24. — (Purgatif.) Décongestion assez marquée du foie.

L'analyse des urines indique des traces de bile, et une grande quantité d'urée.

25. — Apparition de douleurs aiguës dans la région périhépatique surtout *vers l'épigastre*. Un peu d'empâtement œdémateux entre les fausses côtes droites. Ballonnement du côlon transverse, vomissements. T. = 39.2. P. 80. (onct. belladonée ; cataplasmes laud.)

26. — T. = 38.6. P. 72. Douleur en ceinture *surtout à gauche*; Tympanisme autour du foie. Facies tiré. Augmentation de la teinte subictérique. A 5 h. du soir, violente douleur dans la région. Mauvais état général. (Injection de morphine. Lavement huileux. Sulfate de quinine en injection hypodermique.)

27. — Nuit meilleure. (Morphine). Urines rares sédimenteuses. (Thé de bœuf. Bordeaux et eau de St-Galmier. Lait, vichy glacé. Injections de quinine et morphine.)

28. — Amélioration relative. Même traitement.

Selles bilieuses, à odeur fétide, mais ne contenant pas de pus. Le malade est dirigé sur l'hôpital St-Mandrier.

Crise de douleur hépatique excessivement vive dans la soirée. Nausées fréquentes. Abattement profond. Facies tiré.

30. — Etat stationnaire. Selles bilieuses sans matière suspecte. Fièvre très-modérée. Angoisses et tendance à la syncope. Empâtement persistant du côté droit, et aussi vers le creux épigastrique. *Compression probable de l'estomac* amenant des éructations. Tympanisme abdominal. Douleurs vives à la pression dans la région périombilicale, et au niveau de la vésicule biliaire. Accès de fièvre le soir.

1er mai. — Un peu de détente avec retour par accès des phénomènes périhépatiques (usage constant de la morphine.)

2 mai. — Amélioration légère mais persistante. — Crise douloureuse, avec angoisse, éructations, état syncopal dans la soirée.

8 mai. — L'état a continué à s'améliorer. L'abdomen est moins douloureux et moins tendu, mais il persiste de l'empâtement périombilical. L'alimentation se fait avec du lait et des œufs. Chaque soir une crise peu fébrile mais très douloureuse est calmée par l'injection de morphine.

Plusieurs selles bilieuses par jour, sans aspect purulent.

Peu de changement pendant la fin du mois. Mais la présence d'une

plaque d'empâtement autour de l'ombilic indiquant la formation d'une péritonite enkystée probablement purulente à ce niveau, plusieurs ponctions exploratrices filiformes y sont faites sans succès les 1er et 4 juin.

6 juin. — Une ponction capillaire faite au moyen de l'aspirateur de Dieulafoy accusant la présence du pus, un peu à gauche et au-dessous de l'ombilic, on retire à l'aide d'un trocart un peu plus volumineux trois ou quatre cuillerées à soupe d'un pus séreux d'une couleur presque hépatique (café au lait). La pointe de la canule se meut librement dans une petite cavité à parois dures. Aussitôt après l'évacuation du pus on constate un léger affaissement dans la région.

Le pus a été examiné au microscope; on n'y a pas trouvé de cellules hépatiques. — Un grumeau blanc recueilli avec les précautions de rigueur a donné lieu à des recherches directes de microbes et à des ensemencements dans la gélatine. Par les deux procédés on a constaté la présence du staphylococcus albus.

Les jours suivants le Ct se trouve de mieux en mieux ; il se remet à marcher, se nourrit assez bien, et souffre peu. Il est envoyé en convalescence le 22 juin.

Malheureusement nous avons appris que cet officier distingué, après avoir vécu deux ans dans un état de santé précaire, a fini par succomber aux suites de son affection dysentérique.

Cette observation, minutieusement relevée, présente un vif intérêt parce que tous les symptômes ont permis de suivre la *migration d'un abcès du lobe gauche*, gênant l'estomac, provenant vraisemblablement *de la face concave du foie*, et gagnant par péritonite localisée la région ombilicale. Il est plausible d'admettre dans ce cas, la coexistence d'autres abcès dans le lobe droit. Il y aurait eu avantage à pratiquer plus tôt et dans le foie lui-même, des ponctions exploratrices.

Dans certains cas, l'abcès migrateur, au lieu de se cantonner autour de l'ombilic ou dans toute autre région, descend jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen par un long trajet tubulé et ne s'arrête qu'au pli de l'aîne, ou contre le pubis, ou encore dans les culs-de-sacs périvésicaux.

Nous avons observé récemment un cas de ce genre, qui a déjoué toutes les tentatives faites pour poser un diagnostic précis. Quoique la marche de l'affection fût nettement celle de l'hépatite suppurée, plusieurs ponctions du foie étaient restées stériles. De même des ponctions capillaires faites sur une masse d'induration qui avait marché du foie vers la fosse iliaque gauche, n'avaient pas donné de pus. Et cependant, à l'autopsie, nous trouvâmes un long trajet partant du lobe de Spigel, où existait un abcès ouvert dans le péri-

toine, et descendant contre la paroi abdominale jusqu'à la branche horizontale du pubis gauche. Ce canal était constitué par un épaississement du péritoine, qui n'avait cédé nulle part, et formait un véritable cylindre assez régulier, et d'une direction à peine flexueuse. Un pus blanc grisâtre remplissait ce tube. Le reste du péritoine était sain.

Il peut arriver que l'abcès enkysté dans le péritoine se fraye un passage à travers le péritoine pariétal et s'ouvre ainsi soit au dehors, soit dans une gaîne musculaire, qui le transportera loin de son lieu d'origine.

Ces terminaisons ne sont guère favorables. L'observation suivante est empruntée à Rouis (1).

Obs. XXXVIII (résumée). — M. P., âgé de 41 ans, fut atteint, après quatre ans de séjour en Algérie, d'une hépatite liée à la dysenterie.

Le 1er janvier 1857, la matité du foie descendait jusqu'au tiers moyen de l'épigastre, et bientôt une tumeur dure, mate et aplatie se développa au milieu de cette région. Des douleurs tensives éclatèrent alors ainsi que des vomissements, qui suivaient immédiatement l'ingestion des aliments.

Le 25 janvier, on y distinguait une fluctuation évidente.

Le 9 février, le sphacèle se montra au point culminant, et s'étendit les jours suivants à toute l'épaisseur des téguments. Bientôt il se produisit là une perforation par laquelle s'écoula une certaine quantité de pus rouge-brun. Le malade succomba, dans le marasme, le 18 mars.

A l'autopsie, on constata que la perforation abdominale, mesurant l'étendue d'une pièce de 2 francs, occupait exactement la ligne blanche et se trouvait circonscrite par de fortes adhérences.

Elle formait l'orifice externe d'un goulot étroit développé dans le ligament suspenseur, épais en cet endroit de 3 centimètres. L'extrémité de ce goulot s'ouvrait derrière le pylore dans la racine du grand épiploon, où existait une cavité purulente, grosse comme une pomme. Cette poche communiquait avec un abcès du foie de même dimension.

Ainsi qu'on le voit par ces quelques exemples, l'ouverture des abcès du foie dans le péritoine peut donner lieu à des accidents très variés. Mais que le chirurgien ait affaire à de grandes péritonites généralisées et suraiguës, ou qu'il se trouve en présence d'un processus plus lent et partiel, il n'éprouvera pas de grandes difficultés à poser le diagnostic.

Quant à l'issue de ces migrations, si souvent fatales, elle est ordinairement subordonnée à l'intervention chirurgicale, opportune

(1) Recherches sur les suppurations....., p. 319.

et complète. C'est dans ces cas, plus que partout ailleurs, que les immenses progrès de la chirurgie abdominale permettent d'obtenir des guérisons que l'on eut naguère encore jugées irréalisables. Nous reviendrons sur ces considérations à propos du traitement.

III. — Tube digestif.

L'ouverture dans le tube digestif est une des plus fréquentes et des moins défavorables des terminaisons spontanées de l'abcès du foie. Cette fréquence peut être représentée à peu près par le chiffre 1/3 pour les abcès ouverts spontanément, et 1/10 pour les abcès en général. (Nous entendons par là ceux dont le diagnostic est confirmé par la constatation du pus, soit pendant la vie, soit à l'autopsie). Rouis a trouvé sur 30 abcès du foie ouverts spontanément, 9 issues de pus par le tube intestinal.

La statistique de Stovell donne une proportion bien moindre : 2 ouvertures intestinales sur 28 abcès ouverts, et sur 20 ouverts spontanément.

Sur notre série de 100 cas recueillis à St-Mandrier, 38 fois le pus se fit jour en dehors sans opération ; 10 fois l'évacuation se fit par le tube digestif. Ce chiffre proportionnel, très voisin de celui de Rouis, est à peu près la moitié de celui de l'évacuation par les bronches, ce qui peut paraître étonnant, étant donné les rapports multipliés et étendus de la glande hépatique avec les diverses portions du tube digestif. La loi de déclivité serait encore en faveur de cette migration. Aussi pensons-nous qu'un certain nombre de ces cas échappe à l'observation clinique. Le pus versé dans une portion élevée du tube digestif, se mêle aux matières, se transforme à tel point qu'il peut être facilement méconnu surtout si cette ouverture se fait silencieusement. Au contraire, l'ouverture d'un abcès dans les bronches s'accompagne toujours de phénomènes d'anxiété, de fièvre, etc. et la vomique purulente ne peut passer inaperçue.

La migration stomacale ou intestinale exige la formation préalable d'adhérences, c'est-à-dire d'un certain degré de péritonite ; toutefois celle-ci se bornant à quelques néo-membranes ordinairement limitées autour du point perforé, fait partie de la périhépatite banale, et échappera souvent à l'attention du médecin.

L'abcès peut s'ouvrir dans l'estomac, dans le duodenum, dans

les diverses parties de l'intestin grêle et dans le côlon ascendant ou transverse.

a. — *Estomac.* — La littérature médicale contient un certain nombre de faits de cette espèce ; mais nous ne saurions souscrire à l'affirmation de Morehead qui prétend que cette ouverture se fait dans la proportion de 3,5 pour 100. En somme, il n'en a peut-être pas été publié plus de dix exemples. Nous possédons l'observation bien connue de Vogel (1) reproduite par Boyer (2) ; celles de Graves (3), de Morehead (4) et d'Andral (5).

L'abcès provient toujours du lobe gauche. La soudure du foie et de l'estomac est intime. Mais la perforation peut être plus ou moins étendue. Quelquefois elle est multiple comme dans le cas de Graves, où il y avait trois perforations.

Dans d'autres cas, un seul orifice est très large. Ainsi, dans l'observation de Rivet (6), l'orifice était énorme. « Il mesurait, dit l'auteur, six centimètres. Les bords étaient ramollis, déchiquetés, adhérents par une soudure, qui ne permettait plus de distinguer ce qui était foie de ce qui était estomac ».

Nous n'avons pas constaté, dans nos autopsies, de perforation stomacale, mais cette migration paraît avoir existé dans le cas d'un officier (7), dont l'un de nous a emprunté l'observation à la thèse de Long. Voici la partie de cette observation où l'on peut voir un exemple d'évacuation par l'estomac.

Obs. XXXIX. — M. F.., Louis, lieutenant d'infanterie de marine, 30 ans. En oct. 1883, après 14 mois de séjour au Tonkin, sans avoir jamais eu ni diarrhée, ni dysenterie, ni fièvre intermittente, M. F... commence à éprouver une lassitude générale ; l'appétit disparaît, la respiration devient un peu gênée ; il existe de la constipation, puis des douleurs abdominales assez vives au niveau du creux épigastrique, mais diffusées aussi dans tout l'abdomen. Trois jours après, à la constipation succèdent des évacuations alvines fréquentes renfermant des mucosités et du sang.

Après 4 ou 5 jours de cet état, avec légère détente, nouvelle apparition de douleurs très vives, et localisées un peu à gauche dans le creux épigastrique. Le malade constate à ce niveau la présence d'une petite tumeur dure, résistante, comparable à une rondelle de cuir ou de caout-

(1) Vogel. — Actes des curieux de la nature. Tome I, obs. 90.
(2) Boyer. — Traité des maladies chirurgicales. Tome VII.
(3) Graves. — Collection de Dublin journal. Volume XIV, 1839.
(4) Morehead. — Loc. cit. Abcess in the left lobe opening into the stomack.
(5) Andral. — Cliniques médicales. Tome IV, p. 256.
(6) Rivet. — Recueil de méd. et de chir. militaire, 1878.
(7) Bertrand. — Mémoire sur la cholerrhagie, obs. III.

chouc durci, et du diamètre d'une pièce de 5 francs. Il ne peut marcher que le corps plié en deux, et en soutenant avec les deux mains cette tumeur, qui est très douloureuse.

Après 15 jours de cet état, cet officier est transporté à Haïphong. A son arrivée on constate un amaigrissement considérable, la face grippée, une pâleur ictérique très prononcée, une hypertrophie du foie qui déborde les fausses côtes. Trouble des voies digestives, inappétence absolue, dysenterie persistante. La tumeur a augmenté de volume, et on reconnaît la présence d'un abcès siégeant dans le lobe gauche du foie, superficiel, et faisant saillie dans la moitié gauche du creux épigastrique. Température normale le matin, à 38°3 le soir.

Repos, pommade belladonée, larges cataplasmes.

Amélioration notable dès le lendemain ; la douleur est moins vive. En quelques jours la tumeur diminue de volume, et quinze jours après elle a presque disparu. On ne constate plus au toucher qu'une petite portion indurée du volume d'une pièce de un franc.

Embarqué pour être rapatrié, le convalescent est bientôt repris de phénomènes hépatiques graves ; la douleur se localise dans le creux épigastrique, mais à droite de la ligne médiane, à 4 centimètres du point où s'était manifestée une tumeur deux mois auparavant. A ce point la collection purulente évolue rapidement, devient saillante et fluctuante. L'état stomacal est mauvais ; il y a quelques vomissements et de la constipation.

Le 12 janvier, l'abcès est ouvert au bistouri par le Dr Gueit ; drainage, pansement phéniqué....., suites excellentes. En février, débarqué à Saint-Mandrier, le malade, à peu près guéri de cet abcès, est pris d'une nouvelle poussée hépatique, qui aboutit à un vaste abcès du lobe droit, lequel est à son tour opéré et guéri en trois mois.

Dans cette observation la disparition presque soudaine d'un abcès très nettement diagnostiqué dans la moitié gauche du creux épigastrique, ne peut guère s'expliquer que par la migration du pus dans le duodenum ou l'estomac. Sans doute il n'y a pas eu de vomissement purulent, ou du moins on ne l'a pas noté. Mais Morehead avait déjà indiqué l'absence de ce phénomène pathognomonique dans une observation où l'ouverture stomacale avait été vérifiée à l'autopsie.

b. — L'issue du pus hépatique *dans l'intestin* peut se faire à diverses hauteurs. Elle a le plus souvent lieu dans le côlon transverse, ainsi que nombre d'auteurs en ont cité des exemples.

Dans le mémoire célèbre de J.-L. Petit le fils (1), nous trouvons deux cas d'ouverture dans le côlon ; le premier lui appartient en

(1) J.-L. Petit le fils. — Mémoires de l'Acad. de Chirurgie. Tome, 11, p. 48.

propre, et le second fut observé par Gibrac. Il existe dans le Traité des maladies chirurgicales de J.-L. Petit, un autre fait semblable qui parut guérir, et dans lequel on trouva, 7 ans après, l'ouverture encore persistante siégeant sur le côlon transverse. Morehead (1) en fournit deux exemples.

Rouis cite aussi deux observations intéressantes de cette migration.

Dans l'une (Obs. 24) un homme ayant succombé à la formation de nombreux abcès, l'autopsie montra que l'une de ces collections s'était ouverte au niveau de l'angle du colon transverse où il existait un orifice circulaire de 3 centimètres de diamètre.

Tout alentour une péritonite adhésive englobait les piliers du diaphragme, le duodenum, le pancréas et le rein droit. Le 2e cas (obs. 25) a trait à un arabe qui mourut presque subitement, et chez lequel on trouva à l'autopsie une excavation du foie provenant d'acéphalocystes nombreux qui s'étaient frayé un passage dans le côlon transverse. De fortes adhérences unissaient entre eux le foie et l'intestin.

Les publications anglaises (2) ont inséré un assez grand nombre de cas analogues.

Chez un malade dont l'histoire est rapportée par Murchison (3) il se produisit un jour, après une semaine de grandes souffrances, une évacuation de 3 litres 1/2 de pus par l'intestin. Cette évacuation se renouvela 3 ou 4 fois, dans le cours d'une année. Chaque émission de pus était précédée d'une période de frissons, fièvre et douleurs ; enfin la mort survint par épuisement. Il n'y eut pas d'autopsie.

Dans une autre observation du même auteur, un malade qui avait contracté une hépatite en Chine, vit tout d'un coup du sang et du pus apparaître dans ses selles après une période fébrile et douloureuse. Il eut aussi des intermittences, et plusieurs réapparitions du pus dans les matières ; mais l'amélioration finit par prendre le dessus, et il guérit tout à fait.

Enfin un autre cas suivi de mort permit de constater qu'un abcès énorme du lobe droit avait formé une poche enkystée dans

(1) Morehead. — Obs. 222 et 223.

(2) Voir Burke. — Case of hepatic abscess burssting into bowel : recovery.
— Stephen Ward, Lancet, 1868.
— Thomas Harley. — A case of tropical abscess, of the liver opening into the bowel. — Lancet 1886.

(3) Murchison.— Leçons sur les maladies du foie. Obs. LXXVIII, LXXIX, LXXX.

le péritoine et s'était par là ouvert dans le côlon ascendant.

Dans certaines circonstances, il n'est pas possible de préciser si l'ouverture s'est faite dans le côlon ou dans toute autre partie de l'intestin, et le duodenum paraît fort exposé par sa situation anatomique à recevoir cette migration. Nous ne connaissons cependant qu'un exemple de cette terminaison. Il est dû à Rayer (1).

Il est vrai que sur le vivant il ne sera pas toujours facile de distinguer dans quelle portion de l'intestin la perforation s'est établie. La situation de la voussure vers le creux épigastrique, le caractère purulent moins net des déjections, font incliner à penser que l'ouverture siège dans la partie supérieure de l'intestin grêle. Les phénomènes stomacaux, éructations, vomissements, plaident en faveur de l'issue du pus par l'estomac ou le pylore.

L'observation suivante, recueillie à St-Mandrier, est intéressante à ce point de vue.

Obs. XL. — M. P..., officier-payeur, âgé de 35 ans, arrivé de Cochinchine le 27 avril 1869, atteint d'embarras gastrique, et d'accès de fièvre irréguliers, a depuis deux mois beaucoup souffert du foie. Récemment une tumeur très volumineuse s'est formée à la région sus-ombilicale, et de nouveaux vomissements ont apparu, avec accès de fièvre. Puis après quelques jours la tumeur s'est affaissée brusquement à la suite de nombreuses selles diarrhéiques, couleur lie-de-vin, dans lesquelles le microscope a révélé du pus en grande quantité. Les selles purulentes ont persisté depuis 3 semaines, et les forces du malade diminuent chaque jour.

2 mai. — Prostration extrême ; diarrhée excessivement abondante = 19 selles en douze heures.

3 mai. — Décédé ; pas d'autopsie.

On remarquera dans cette observation : 1° quelques phénomènes stomacaux ; 2° le siège sus-ombilical de la tumeur ; 3° l'aspect des selles qui n'avait pas permis de reconnaître à l'œil nu et d'une façon évidente, la présence du pus. Tous ces signes font penser, en l'absence d'une vérification *post mortem*, que l'abcès s'était ouvert en un point élevé du tube digestif, probablement dans le duodenum. Mais, nous le répétons, on est exposé à de fréquentes erreurs, le principal signe, la présence du pus dans les selles, pouvant être masqué, d'autant plus facilement que ce pus est moins abondant et versé plus haut dans l'intestin. Enfin, l'état des matières alvines, le mucus et le sang dysentérique, le flux biliaire souvent abondant, peuvent contribuer à obscurcir le diagnostic.

(1) Rayer. — Traité des maladies des reins. Pl. 20.

Cette difficulté est mise en relief par la relation suivante d'un cas dans lequel on avait diagnostiqué à tort l'ouverture d'un abcès du foie dans l'intestin.

Obs. XLI (1). — M..., 29 ans ; après un séjour de 2 ans en Cochinchine est renvoyé en France pour hépatite dysentérique.

10 mars 1885. — A Saint-Mandrier il présente plus de dysenterie que d'hépatite. Les envies d'aller à la selle sont fréquentes, les matières muco-sanguinolentes et très fétides ; le trajet du côlon est douloureux surtout vers l'S iliaque.

La région hépatique est douloureuse, et le foie est augmenté de volume.

Récemment, après une crise de douleurs hépatiques violentes, il est survenu une débâcle bilieuse très forte avec redoublement de dysenterie

15 mars. — Selles muco-sanguinolentes. Douleurs sur le parcours du gros intestin, et spécialement localisées au niveau de l'angle du côlon ascendant avec le côlon transverse. Douleur aussi au niveau de la région hépatique.

18 mars. — Selles très abondantes dans la journée, de couleur verte et horriblement fétides, et mélangées de mucus, de sang, et peut-être de pus. Foie gros et douloureux.

19. 20. 21. — Le caractère bilieux des selles s'accentue ; la couleur est absolument verte ; le sang disparaît ; l'aspect purulent est douteux. Le microscope n'indique qu'un petit nombre de leucocytes perdus dans du mucus.

22. — Amélioration sensible, quoique les matières alvines conservent encore les caractères précédents pendant quelques jours.

5 avril. — La dysenterie est très améliorée. Le foie reste gros, vaguement douloureux à la pression, mais sans voussure, sans fluctuation, sans localisation spéciale de la douleur.

9 avril. — Part en congé de convalescence.

Dans ce cas, l'absence constante de fièvre, les signes à peu près négatifs d'un processus suppuratif dans le foie, l'état vraisemblablement congestif de l'organe, et très amélioré au moment de la sortie, ont dû faire abandonner le diagnostic, formulé d'abord, d'un abcès du foie ouvert dans l'intestin. Le seul aspect des matières quelque peu mélangées de pus, se rapportant uniquement à un flux dysentérique d'une violence extrême, avait constitué une présomption d'abcès du foie.

Les symptômes de l'ouverture dans le tube digestif ne sont pas nombreux. On a bien parlé d'une certaine angoisse épigastrique, des hoquets, etc., etc., comme des signes précurseurs de la migration

(1) Inédite.

par l'estomac. Mais ces phénomènes indiquent le siège de l'abcès plutôt que la direction que va prendre le pus ; et les douleurs abdominales, la péritonite localisée, les coliques cantonnées dans la région sous-hépatique ne permettent pas plus d'affirmer l'imminence d'une irruption dans l'intestin.

Un signe important constaté, in obs. de Graves, consiste en un tympanisme brusque de la voussure au moment où l'abcès est évacué dans les voies digestives. Ce fait observé pour l'issue dans l'estomac peut l'être aussi dans la vomique pulmonaire et exigera ainsi un diagnostic rigoureux sur la voie suivie par lès matières évacuées.

Le principal symptôme, et celui-là suffit, c'est la débâcle purulente ou le vomissement de même nature. Encore savons-nous que, versé très haut dans l'intestin, le pus peut avoir perdu son aspect ordinaire, et que d'autres fois des selles bilieuses et purulentes, par suite d'ulcérations intestinales, ont pu en imposer pour l'évacuation d'un abcès hépatique. Une autre cause d'erreur pourrait provenir de la présence d'une séborrhée pancréatique, ou de l'élimination du pus provenant de quelque abcès périrectal, péricœcal, etc.... Dans tous ces cas, d'un diagnostic fort difficile, on arrivera à connaître la présence du pus : 1° par l'analyse microscopique, qui fait voir souvent des éléments anatomiques suffisamment figurés ; 2° par l'exploration attentive du ventre et du tube digestif.

Kirmisson a signalé aussi le passage des matières intestinales dans la cavité de l'abcès hépatique et dans les pièces de pansement. Là, le caractère probant des matières évacuées est encore plus facile à saisir.

La migration intestinale des abcès du foie est la moins redoutable des issues spontanées. La migration par l'estomac est moins favorable que celle qui s'accomplit par le gros intestin.

IV. — Ouverture dans les voies urinaires

L'ouverture par les voies urinaires se fait ordinairement au niveau du rein droit. Le contact immédiat de cet organe avec le foie, qui présente une facette déprimée pour le recevoir, explique cette propagation. A gauche, au contraire, il n'y a pas de contact entre ces deux organes, à l'état normal du moins. Mais à l'état pathologique le foie, très hypertrophié, peut envahir l'hypochon-

dre gauche et s'insinuer jusqu'à toucher la rate ou le rein, et nous avons rencontré, très rarement il est vrai, le rein gauche altéré par le contact du pus hépatique.

Les reins sont situés derrière le péritoine, ce qui indique assez qu'une migration hépatique vers ces organes ne peut se faire sans un certain degré de péritoine.

Toutefois, le rein droit est relié ordinairement à la fossette hépatique par un ligament, ou tout au moins une traînée de tissu cellulaire lâche plus ou moins étalée. A ce niveau les deux parenchymes sont en contact presque direct, sauf interposition de leur capsule fibreuse. Or, c'est souvent dans ce tissu cellulaire que se fait la propagation purulente, et nous avons vu plusieurs fois en cet endroit un abcès d'origine hépatique accomplir sa migration à peu près en dehors du péritoine.

L'ouverture des abcès du foie dans le rein comporte deux variétés, ou pour mieux dire deux degrés :

a) Les cas, où le pus a produit, en atteignant le rein, une ulcération plus ou moins profonde de sa surface, sans pénétration proprement dite, dans les voies urinaires.

b) Les cas où le pus s'est fait jour dans le bassinet et par là jusqu'au dehors.

Le premier groupe renferme des faits connus et trop souvent rencontrés dans les autopsies, pour que nous jugions nécessaire d'en fournir des exemples détaillés. Nous en rapportons, du reste, un spécimen intéressant dans l'obs. de Cellineau (C. V.). Exceptionnellement le rein gauche peut être ulcéré, comme on le voit dans une observation de C. Rousse (1).

La seconde catégorie d'observations contient des cas beaucoup plus rares, et parfois insuffisamment diagnostiqués. Les principaux exemples que la science ait enregistrés, sont ceux d'Annesley (*un cas d'ouverture dans le bassinet du rein droit*), de Currie (2), de Bérenger-Féraud (3).

L'un de nous (4) en a aussi publié une observation, dont voici le résumé :

(1) C. Rousse. — Des ouvertures des abcès du foie. Thèse de Montpellier, 1883, p. 29.

(2) Currie. — Caze of abscess hepatic... Madras Quat med. journal, vol. IV, 1842.

(3) Bérenger-Féraud. — Traité de la dysenterie.

(4) Bertrand. — Relevé statistique. Revue de chirurgie, août 1890.

Obs. XLII. — M..., Cristophe, 29 ans, 2e maître-canonnier, fut traité pour abcès du foie à l'hôpital principal de la marine à Toulon, dans le courant de l'été 1888. Il rentrait du Tonkin, atteint d'anémie coloniale et de dyspepsie, et fut pris en fin juillet d'une grande fatigue compliquant un embarras gastrique, avec douleurs hépatique et scapulaire. On constata alors une voussure douloureuse dans l'hypochondre droit avec circulation veineuse cutanée développée en tête de Méduse.

Le 5 août, l'urine examinée contenait du pigment biliaire et du pus. La température était de 36°8 et de 39° le soir.

Elle tomba après cinq ou six jours. Le 14 août, l'urine présentait toujours une réaction alcaline et une certaine quantité de pus et de phosphates ammoniaco-magnésiens. L'œdème s'étant manifesté à la paroi au-dessous de la septième côte, on pratiqua une exploration avec le trocart de Potain, dans le septième espace intercostal.

Le trocart, enfoncé à 10 cm., ramène du pus chocolat. Incision à ce niveau et drainage. L'écoulement du pus est très peu abondant les jours suivants.

15, 17, 20 août. — Les urines ont toujours présenté un énorme dépôt terreux dans lequel l'existence du pus a été décelée par le microscope.

A dater du 25 août, il n'y a plus de pus dans les urines, et la plaie tend à se fermer. Toutefois, il persiste une fistule et la cicatrisation définitive n'est obtenue que dans les derniers jours de novembre.

Quoique non suivie d'autopsie, cette observation est suffisamment démonstrative, l'examen des urines ayant été pratiqué avec grand soin. Par ailleurs il faut admettre que l'élimination par cette voie a été favorable, la voussure hépatique ayant disparu malgré l'écoulement à peu près insignifiant du pus par la plaie chirurgicale. Nous trouvons dans la thèse de Leblond une observation analogue empruntée aux archives de Langenbeck, ayant pour auteur Hashimoto, de Tokio (Japon) (1).

Obs. XLIII (résumée). — Un soldat de 24 ans fut reçu le 27 janvier 1878 à l'hôpital de Tokio. Il souffrait de douleurs hépatiques depuis 2 ans, quoi qu'il n'y eut pas d'hypertrophie. Depuis peu le foie a fort augmenté de volume. Sa matité s'étend de la 3me côte à l'épine iliaque antéro-supérieure. Les urines sont brunes, sans pigment biliaire appréciable.

Elles contiennent un peu d'albumine. Il y a une fièvre assez vive.

12 février. — Grand frisson. — Temp. 39°7. Ce symptôme et la tumeur presque fluctuante que l'on sent sous le rebord costal, font croire qu'il y a dans le foie un foyer de suppuration : on fit le lendemain une ponction exploratrice sans résultat. Malgré cet insuccès, on pratiqua sur l'endroit

(1) Hashimoto (de Tokio, Japon). Arch. fur Klinisch Chirurgie von Langenbeck, 1885, p. 38.

fluctuant une incision verticale de 9 centimètres partant du bord costal. Après dissection du muscle droit, en arrivant sur la paroi postérieure de la gaîne musculaire, on s'aperçut que la fluctuation avait disparu. Cette pseudo-fluctuation était probablement due au soulèvement partiel du muscle droit par le foie augmenté de volume. Après l'incision le malade se sentit assez bien ; la douleur sourde de la région avait diminué sans doute à cause de la détente survenue dans les muscles de la paroi. On ne poussa pas l'opération plus loin.

Du 16 au 19 février. — Nouveaux frissons. Temp. à 39°3. Même état de la fièvre jusqu'au 27.

27 février. — Au matin on découvrit dans l'urine un précipité blanc, laiteux, formé de globules de pus. Réaction alcaline. Ce pus provenait-il d'un abcès hépatique ouvert dans le bassinet, l'uretère ou la vessie ?

Pour s'assurer si le pus était versé directement dans la vessie, le chirurgien y injecta avec une sonde 20 onces de lait, *d'après la méthode de Simon* ; le poids du lait retiré ensuite fut de 17 onces. Il était évident par ce résultat qu'il n'y avait pas d'ouverture dans la vessie. L'abcès hépatique pouvait donc être ouvert dans le bassinet ou l'uretère.

Les jours suivants le malade se sentit mieux. Il urina du pus jusqu'au 19 mars.

Le 16 avril, le malade se leva ; mais il souffrit de la région rénale droite et le pus réapparut dans l'urine.

Le 5 mai, il quitta l'hôpital, en conservant un foie hypertrophié. En septembre, il revint à l'hôpital, souffrant du foie, et urinant du pus depuis quelques jours. Après cette nouvelle évacuation purulente, survint une diminution considérable de la matité hépatique. L'amélioration se fit rapidement, et le malade est aujourd'hui complètement guéri.

Ce cas est, on le voit, un des mieux observés que l'on ait publiés. Enfin, dans cette même thèse, existe une observation très curieuse d'un abcès du foie ouvert successivement dans la plèvre, le poumon, le côlon et le rein. (Voir plus loin, obs. LVII, empruntée à Roughton).

Les symptômes de la migration vers le rein, et par les voies urinaires, peuvent être très obscurs, ou même nuls, car même le signe pathognomonique, la présence du pus dans l'urine, peut passer inaperçu. Cependant, on a noté plusieurs fois des symptômes rénaux qui attiraient l'attention sur cette région.

Il peut, du reste, y avoir une certaine analogie entre cette terminaison de l'abcès du foie et la pyélo-néphrite suppurée. On a même signalé des accès de douleur lombaire, avec hématurie, ét de véritables coliques néphrétiques qui accompagnaient le passage du pus dans l'uretère, et auraient pu faire croire à une affection

exclusivement rénale, si ces accidents n'avaient apparu au milieu de l'évolution d'un abcès du foie.

Le diagnostic ne pourra donc être posé qu'en raison des circonstances, et devra être confirmé par le microscope. Cette migration est favorable, presque tous les cas publiés ayant été suivis de guérison. Mais le pronostic devient beaucoup plus grave, quand la lésion s'est arrêtée au premier degré. Alors, le pus ne dépassant pas la surface du rein, ne trouve pas une issue par les voies naturelles. Dans ce cas, la guérison ne pourra être obtenue que par une opération, soit du côté du ventre, soit par la région lombaire, ainsi que nous l'avons pratiqué une fois.

V. — Ouverture dans la rate.

Parmi les organes abdominaux qui sont assez fréquemment intéressés par l'évolution des abcès du foie, il faut citer la rate. A l'état normal les rapports des deux organes sont assez variables; tantôt ils sont nuls; tantôt l'extrémité gauche du foie est en contact avec la partie de la face interne de la rate qui est située derrière l'épiploon gastro-splénique. Tantôt enfin, d'après Cruveilhier, « on verrait le foie *prolongé en languette* recouvrir presque entièrement *la face externe* de la rate ».

Il ressort de ces détails, même si l'on ne tient pas compte de cette dernière disposition rare et singulière, que les inflammations du lobe gauche, et les migrations de pus qui en partent atteignent facilement la rate.

Nous avons rencontré deux formes de lésions spléniques dans l'hépatite suppurée. La première est un abouchement direct d'un abcès du foie dans le tissu de la rate, les surfaces de ces deux organes étant exactement unies par des adhérences.

Il n'existe alors qu'un très léger degré de péritonite, complication inévitable mais réduite à la formation de quelques néo-membranes. L'excavation produite dans la rate est rarement très étendue. Elle se borne le plus souvent à une sorte de godet, qui termine et complète l'excavation hépatique. Nous ne connaissons pas de cas où un abcès de la rate venu du foie, soit parvenu à un grand développement, et ait présenté des signes extérieurs, et des indications opératoires.

Dans la seconde forme la migration de l'abcès construit une

sorte de kyste, véritable péritonite circonscrite, autour de la rate, dont la surface se laisse à peine éroder par le pus.

On peut appeler cette formation une périsplénite suppurée. Nous en trouvons un intéressant exemple dans un récent article de Loison et Arnaud (1). Dans cette observation que nous reproduisons plus loin, il s'agit d'un soldat d'Afrique, qui eut, en 1891, une hépatite suppurée avec point de côté splénalgique. Il avait été atteint de fièvre paludéennne et de diarrhée.

A plusieurs reprises l'attention fut rappelée sur la région splénique par des douleurs *in situ*, des irradiations vers l'épaule gauche et une pleurésie de ce côté. On fit même une laparotomie exploratrice, sans succès du reste, sur le rebord costal gauche. Un mois plus tard, on fit d'abord l'empyème à gauche, puis une incision d'un abcès du foie au 10[me] espace droit. Malgré tout, l'homme succomba et l'on trouva dans le foie 6 abcès du lobe droit, et un abcès du lobe gauche. Celui-ci était en communication avec un foyer de suppuration périsplénique qui baignait entièrement la rate et lui formait une véritable loge bien enkystée. La rate était paludique et hypertrophiée, mais nullement ulcérée par le pus.

VI. — Ouverture dans les gros vaisseaux.

Nous indiquons ici quelques ouvertures singulières des abcès du foie dans le système vasculaire. Ces migrations fort rares ont eu lieu constamment au-dessous du diaphragme. Nous n'en avons du reste jamais observé nous-mêmes, et nous ne faisons que citer les faits les plus intéressants de la littérature médicale. L'ouverture peut se faire dans l'une des grosses veines qui sont en contact direct avec la substance hépatique et l'on comprend que la veine cave soit plus particulièrement exposée à cette irruption.

Dans la littérature anglaise on trouve deux exemples de cette migration rapportés par Allan Webb. Ces cas figurent sous les n[os] 1532 et 1533 des pièces du « *Museum of the Bengal med. college* ».

Boerrhaave (2) avait déjà mentionné cette terminaison : « *vel per venam cavam in cruorem* ».

Louis (3) rapporte un exemple du même genre, mais dans

(1) Loison et Arnaud. — Contribution à la pathogénie des abcès tropicaux du foie. — Revue de médecine ; nov. 1892.

(2) Boerrhaave. — Aphorismi, 936, n° 4.

(3) Louis. — Recherches d'anatomie pathologique.

lequel l'ouverture de l'abcès s'était faite dans les veines sushépatiques; celles-ci avaient naturellement transmis le pus à la veine cave.

Chomel (1) prit pour une fièvre typhoïde un cas dans lequel un abcès du foie ouvert dans la veine-porte avait donné lieu à des accidents septicémiques.

Nous insérons plus en détail l'observation moins connue publiée par Olmeta (2) dans sa thèse inaugurale.

Obs. XLIV. — *Hépatite aiguë. Marche rapide vers la suppuration. Mort inopinée. Autopsie : ouverture de l'abcès dans la veine cave inférieure.*

Juge Emmanuel, 29 ans, soldat d'infanterie de marine; depuis 3 mois à la Martinique. Entre à l'hôpital le 12 avril 1867; d'une excellente santé, d'une robuste constitution, il a été pris, il y a 5 jours, d'un frisson intense et prolongé. Depuis hier il est atteint de dysenterie aiguë, et se plaint d'une vive douleur à l'hypochondre droit et à l'épaule du même côté. Foie volumineux. Dyspnée. Facies anxieux. (30 sangsues; calomel 1 gr.)

13 avril. — Même état (20 sangsues; calomel 1 gr.)

14. — La douleur s'exagère, le foie augmente de volume, voussure marquée, fièvre modérée (calomel 1 gr.; vésicatoire).

16. — La douleur augmente en intensité comme le foie en volume. Orthopnée. Plusieurs frissons dans la nuit.

17. — Anxiété. Frissons et sueurs profuses. La voussure est énorme, mais on n'a pu constater la fluctuation dans les espaces intercostaux.

Du 18 au 20. — Pas de changement à noter. Dyspnée persistante (vésicatoire).

Du 23 au 28. — La douleur devient plus supportable, mais s'irradie dans l'hypochondre gauche. La voussure hépatique augmente et se propage aussi de ce côté; pas de fluctuation.

Le 29. — L'état du malade s'est assez bien maintenu, cependant la mort arrive subitement à 11 h. du soir. Autopsie : Epanchement séreux peu important dans le péritoine. Ulcérations nombreuses dans le gros intestin. Augmentation énorme du foie qui va de la 3e côte à la crête iliaque et s'étend dans l'hypochondre gauche au devant de l'estomac et de la rate.

Des adhérences unissent l'organe par la face convexe avec les parois abdominales, et par la face concave avec le rein droit. Le bord postérieur est le siège de lésions très importantes. Il présente un vaste abcès compris entre la grosse extrémité du foie et la veine cave inférieure, communiquant avec ce vaisseau par une perforation de 3 ou 4 millim. de diamètre. Le diaphragme aminci mais intact, recouvre cet abcès et lui forme paroi. Foie ramolli, infiltré de pus, particulièrement dans le lobe droit.

(1) Chomel. — Gaz. des hôpitaux, 1842, p. 23.

(2) Olmeta. — Histoire de l'hépatite des pays chauds. — Thèse de Montpellier, 1868.

Le poumon droit, refoulé jusqu'au niveau de la troisième côte, est hépatisé au premier degré. Il n'y a ni adhérence, ni épanchement dans les plèvres.

L'intérêt de ce fait réside dans sa terminaison peu habituelle. Cette pénétration brusque du pus dans la veine cave a certainement produit la mort subite à un moment où une intervention chirurgicale aurait encore pu sauver le malade.

Un autre fait fort intéressant est celui qu'a publié L. Colin (1) en 1873. En voici le résumé.

Obs. XLV. — *Abcès du foie. Ouverture dans la veine cave ascendante; abcès dans les poumons.*

Un malade provenant du Sénégal, où il avait passé trois ans, et où il avait eu des accès paludéens et quelques dérangements intestinaux, entra au Val-de-Grâce en décembre 1872. Anémie profonde; teinte subictérique; aucun changement de volume du foie; accès fébriles intenses et irréguliers, n'ayant cédé pendant trois mois de traitement ni à la quinine, ni à l'arsenic, ni au tannin, etc... Le diagnostic d'abcès du foie fut posé: 1° en raison de la dyspnée, et des douleurs éprouvées dans le flanc droit; 2° en raison de la persistance des accès de fièvre, malgré la médication spécifique employée; 3° en raison de la provenance du malade. Enfin la teinte ictérique faisait supposer le voisinage de l'abcès et des principaux canaux biliaires; on pensa donc à un abcès de la face concave du foie.

Le malade subit, après 3 mois de séjour, une exacerbation dans la fièvre et les douleurs : le type fébrile devint rémittent à paroxysmes vespéraux suivis d'abondantes sueurs, comme dans la fièvre hectique; d'autre part les douleurs, jusque-là sourdes et profondes, devinrent superficielles, atteignant leur summum d'intensité au-dessous du mamelon droit; en même temps se manifestait une douleur caractéristique au sommet de l'épaule droite.

Ces signes modifièrent l'opinion du chirurgien sur le siège de l'abcès, et sur la tendance du pus à émigrer vers l'intestin; les douleurs au niveau du bord supérieur du foie, celle de l'épaule aussi, firent croire que le pus tendait à pénétrer dans le thorax. On le crut davantage encore en voyant augmenter la dyspnée et apparaître une expectoration rouillée. Mais le malade succomba bientôt au milieu de symptômes asphyxiques (mai 1873).

Autopsie. — Le foie ne présente d'adhérences sur aucun point de sa surface; mais en déchirant la veine cave on s'aperçoit qu'elle est pleine d'un pus épais, caillebotté, qui s'écoule à travers une ouverture large comme une pièce d'un franc, laquelle fait communiquer cette veine avec une poche située dans le lobe droit du foie. C'est une vaste cavité ovalaire, qui admettrait une orange, et occupe la zone inférieure du lobe droit. A la face concave du foie cet abcès n'est limité que par la capsule de Glisson.

(1) Colin. — Abcès du foie ouvert dans la veine cave. Union médicale, 1873.

Cet abcès est le seul de l'organe ; mais on voit à la face convexe une cicatrice déprimée, blanche, ridée, vestige d'un abcès guéri.

Les poumons sont le siège de lésions considérables qui nous paraissent avoir été la cause immédiate de la mort. Chacun d'eux présente à sa surface 5 ou 6 éminences blanches, plus larges que des pièces de cinq francs, arrondies comme des segments de sphère. Ce sont autant de foyers superficiels remplis de pus blanc, homogène. Chacun d'eux renferme de 80 à 100 gr. de pus, ce qui permet d'estimer à 1 litre environ la quantité de pus contenue dans le parenchyme pulmonaire.

Il existe à la base des traces de congestion pulmonaire ; mais le tissu qui entoure les collections purulentes est parfaitement sain ; il n'est ni ramolli, ni injecté, et semble avoir été tassé sur lui-même, comme si le pus s'était accumulé sans inflammation préalable du parenchyme.

Rien de particulier dans le cœur, dont les cavités droites sont examinées avec soin et ne renferment pas de trace de liquide purulent.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques remarques parmi lesquelles nous relèverons surtout celle-ci : « Si, dit-il, pen-» dant la vie, un des foyers purulents du poumon s'était ouvert » dans une bronche, et avait été évacué sous forme de vomique, » nous eussions été entraîné presque fatalement à une méprise » presque complète, et nous eussions considéré cette évacuation » comme la preuve de la pénétration directe du pus hépatique dans » les bronches à travers le diaphragme. »

Cette réflexion est juste. Toutefois, nous montrerons à propos du *diagnostic* que l'on peut dans une certaine mesure distinguer un abcès autochthone du poumon, d'un abcès qui y est parvenu par migration hépatique. Le moment le plus épineux est précisément celui qui s'est présenté dans l'observation précédente, où le poumon déjà envahi donne lieu à une expectoration sanguinolente, pneumonique, et non encore à du pus formé.

Les veines sus-hépatiques ont encore été le siège d'une migration semblable dans deux cas de Fauvel, cité par de Poul (1) en 1882. Le même auteur parle encore d'une ouverture d'abcès du foie dans la veine porte, fait qui appartiendrait à Piorry James.

Mais la plus singulière de toutes ces migrations est à coup sûr celle relatée par Mac Dowel (2), d'après lequel un abcès du foie serait venu s'ouvrir dans l'artère duodénale. On comprend que le diagnostic de ces diverses migrations soit à peu près impossible, et qu'elles ne se révèlent le plus souvent que sur la table d'autopsie.

(1) De Poul. — Recherches sur l'hépatite circonscrite suppurée. Th. de Paris, 1882.
(2) Mac Dowel. — Cas of.. Dublin hosp. gaz., avril 1855.

Tout au plus pourrait-on les redouter, si des abcès du bord postérieur ou de la face concave avaient pu être diagnostiqués, particulièrement dans la région du hile. Mais presque toujours la mort suivant à peu près immédiatement la pénétration massive du pus dans le torrent circulatoire, on n'a guère à faire qu'un diagnostic posthume,ou à enregistrer une trouvaille d'amphithéâtre.

Il serait pourtant logique d'admettre telle circonstance où l'irritation de la veine se faisant graduellement, et la communication du pus n'étant que fissurale, il se produirait soit des phénomènes de phlébite avec ascite, soit des embolies, soit des phénomènes d'infection purulente.

Dans ces derniers cas, dont l'observation de Colin est un exemple, la sagacité du médecin pourrait trouver l'occasion de s'exercer.

Les migrations du pus vers le thorax se font par ulcération du diaphragme après adhérence de la face convexe du foie avec cette cloison musculaire. De plus, la face supérieure du diaphragme peut aussi être le siège d'une inflammation adhésive, qui prépare la voie au liquide purulent, particulièrement lorsqu'il tend à se frayer une issue par le poumon.

Ces migrations sus-diaphragmatiques peuvent se faire dans le péricarde, la plèvre ou le poumon ; on peut croire aussi qu'elles intéressent parfois le médiastin, mais on n'en a pas rapporté d'exemple bien net ; nous en citerons cependant un fait à propos de la migration pulmonaire.

VII. — Ouverture dans le péricarde

La littérature médicale est très pauvre en faits de cette catégorie. C'est à peine si Fauconneau-Dufresne a réussi à en citer deux cas, empruntés tous les deux à Smith, et déjà mentionnés par Andral (1). Le premier, qui fut publié dans un journal américain (2), a trait à une négresse chez qui un énorme abcès du lobe gauche avait amené des adhérences à la partie gauche du diaphragme et une perforation à ce niveau. Le péricarde contenait deux pintes de pus, et il était tapissé de fausses membranes; ce qui prouve que l'invasion du péricarde remontait déjà à plusieurs jours au moment de la mort.

(1) Andral. — Anatomie pathologique, 1825. Tome II, p. 601.
(2) Smith. — Clinique des hôpitaux de Philadelphie. Tome I, n° 7.

Dans l'autre cas, il s'agit encore d'une femme de 25 ans (1).

La plupart des observations connues sont d'origine anglaise; c'est ainsi que nous citerons celles de Graves (2), de Allan (3), de Bentley (4), de Allan Webb (5), et de Fowler (6).

En Allemagne Rokitansky (7) en rapporte aussi un fait.

On en rencontre deux ou trois dans les journaux américains; un dernier exemple en a été publié récemment par Jacobsen (8).

Enfin en France nous trouvons l'observation de Chevassu (9), dans laquelle le péricarde n'était pas complètement perforé, mais avait subi un commencement d'ulcération, celle de Rouis (10), celle de Malherbe (11), cité par Gallard, et celle de B. Feraud (12), qui donna lieu à une erreur de diagnostic remarquable.

On crut en effet avoir affaire à un *accès pernicieux algide*, erreur qui ne fut rectifiée qu'à l'autopsie.

Le malade, qui était pourtant atteint de dysenterie depuis un mois, et qui n'avait présenté que des accès de fièvre isolés, avait pris jusqu'à 7 gr. de sulfate de quinine en un seul jour; quoiqu'il se plaignît constamment de l'épigastre, on n'avait jamais songé à examiner le foie. A l'autopsie on trouva 200 gr. de pus phlegmoneux dans le péricarde, qui communiquait à travers le médiastin et le diaphragme avec un vaste abcès du lobe gauche du foie.

L'ouverture des abcès du foie dans le péricarde paraît devoir être le plus souvent suivie d'une mort brusque ou rapide. Cepen-

(1) Ce cas aurait été publié in Gaz. méd. de Paris, 1837. Nous n'en avons pas trouvé mention au lieu indiqué.

(2) Graves. — Hepatic abscess opening through the pericardium the Philadelphia Mouthley journal, 1827.

(3) Allan. — Death from hepatic abscess bursting into the pericardium. — Lancet, juin 1845.

(4) Bentley. — Abscess of the liver bursting into the pericardium. — London méd. gaz. 1848.

(5) Allan Webb. — Pathologia indica. Calcutta, 1848, p. 261. — N° 859 des préparations du muséum du Bengal medical college, présenté par Rauquin Esq. général Hospital.

(6) Fowler. — Case of hepatic abscess opening into pericardium Transact. of the med. and phys. soc. of Bombay, 1855.

(7) Rokitansky. — Handbuch der patologische anatomie. — Vienne, 1843.

(8) Jacobsen. — Abcès du foie ouvert dans le péricarde. — Revista de ciencias méd., 20 fév. 1889.

(9) Chevassu. — Thèse de Strasbourg, 1851.

(10) Rouis. — Loc. cit. p. 448.

(11) Malherbe. — Journal de médecine de l'Ouest.

(12) B. Feraud. — Traité clin. des maladies des Européens au Sénégal, vol. I. Paris, 1876. Obs. V.

dant le dénouement fatal a pu se faire attendre quelque peu puisque l'on a rencontré dans le péricarde des fausses membranes bien organisées. D'ailleurs la gravité du pronostic est surtout exagérée par l'ignorance complète dans laquelle reste le médecin, au sujet de la complication qui se prépare. On comprend qu'un abcès pourrait être détourné de cette issue redoutable, s'il était ouvert à temps par une méthode rationnelle. De plus, la migration accomplie, de pareils cas ne seraient peut-être pas au-dessous des ressources de l'art, si le diagnostic était promptement posé. Dans ces complications, ordinairement si graves, le diagnostic est souvent plus difficile encore que le pronostic n'est sévère.

Pour arriver à établir que le péricarde est envahi par un flot de pus d'origine hépatique, il faut d'abord avoir diagnostiqué préalablement un abcès du foie. Puis il faut constater que cet abcès siège au lobe gauche, et marche vers le diaphragme. Or, les collections de la face convexe du lobe gauche sont les plus difficiles à discerner, à soupçonner même.

Des douleurs épigastriques, la pression douloureuse des dernières côtes gauches, la propagation au point scapulalgique du même côté ; puis de l'anxiété et les phénomènes de début d'une péricardite, douleurs localisées, angoisse, frottements pourraient appeler l'attention d'un observateur clairvoyant. Si l'évènement était ainsi soupçonné, on pourrait acquérir une certitude, dès que l'envahissement du péricarde par le pus serait produit.

Si une certaine survie était possible on trouverait la diminution du choc, et l'affaiblissement des bruits du cœur. Au cas fort improbable où l'on aquerrait une pareille sûreté de diagnostic, le traitement devrait être le suivant : 1° paracenthèse aspiratrice du péricarde. 2° Ouverture de l'abcès du foie, à l'épigastre, à l'aide d'une laparotomie suffisamment large.

VIII. — Ouverture dans les organes respiratoires

L'issue du pus dans les organes respiratoires est beaucoup plus fréquente que celle qui atteint le péricarde et constitue même la plus commune des migrations spontanées de l'abcès du foie. Cette migration peut s'enkyster dans le poumon, ou se déverser dans la plèvre, mais c'est plus particulièrement dans les bronches qu'elle s'accomplit ; il y a alors élimination du pus à l'aide d'une vomique.

Nous avons indiqué à propos de la statistique que la migration pleuro-pulmonaire forme plus de la moitié, presque les deux tiers

de l'ouverture spontanée. C'est ainsi que Rouis en a trouvé 17 cas sur 36 abcès évacués; Stovell, 17 cas sur 28, et nous-mêmes 24 sur 38. Pour préciser, nous ajouterons que 21 fois le pus a été évacué par les bronches, et 3 fois seulement, il s'est déversé dans la plèvre droite. Mais cette proportion manque sans doute d'exactitude, un abcès évacué par les bronches étant très facilement diagnostiqué dans la salle de clinique, tandis que l'issue dans la plèvre peut être méconnue, chez le vivant, et par suite ne pas être enregistré s'il n'y a pas d'autopsie. Le mécanisme de cette migration thoracique répond au type général des ulcérations du diaphragme, après péritonite adhésive de la face convexe du foie. Le pus peut ainsi atteindre, soit la plèvre gauche (fait tout-à-fait exceptionnel), soit le péricarde, soit le médiastin, soit enfin la plèvre droite. Dans celle-ci c'est la base du poumon qui offre la surface la plus exposée, parce qu'elle est en quelque sorte excavée pour recouvrir la face convexe du foie.

Aussi, presque toujours lorsque l'inflammation adhésive partie d'une collection purulente du lobe droit, franchit le diaphragme, elle soude les deux feuillets diaphragmatique et pulmonaire de la plèvre, et atteint rapidement le poumon, sans avoir laissé le temps à la cavité pleurale de sécréter du liquide. En fait, dans ce cas, le pus ne rencontre pas plus de plèvre au-dessus du diaphragme qu'il n'a rencontré de péritoine au-dessous; il ne traverse que des espaces comblés, et s'ouvre un chemin direct jusque dans les bronches. Ce n'est que lorsque la propagation se fait vers le sillon costo-diaphragmatique, c'est-à-dire vers cet espace où la plèvre adossée à elle-même forme un sinus dans lequel le poumon ne descend jamais complètement, ce n'est, disons-nous, que dans ce cas spécial qu'il se produit une pleurésie, séreuse d'abord, purulente ensuite, ou bien que le pus peut faire irruption dans la cavité pleurale si le sinus n'est pas comblé par des adhérences. On voit qu'il existe deux espèces de pleurésies purulentes liées à l'abcès du foie. L'une par irritation et infection de voisinage, l'autre par communication directe. La première est une *complication*, la deuxième seule une *migration*. Mais, nous le répétons, c'est le poumon qui est le plus souvent envahi. Il se fait alors une condensation du tissu pulmonaire, et en peu de jours il s'établit une véritable cheminée qui atteint ce tissu condensé à travers le diaphragme, et y porte le pus hépatique.

Les observations d'abcès ouverts dans les bronches ou dans la plèvre sont si répandues dans la science que nous ne citerons pas

tous les auteurs qui en ont parlé. Encore moins, leur emprunterons-nous des exemples, notre clinique de St-Mandrier nous en fournissant un grand nombre, très intéressants et très variés.

Nous nous bornerons à signaler quelques travaux spécialement importants sur ce point.

Déjà, dans les mémoires de l'Académie de chirurgie (1), l'ouverture dans la plèvre était étudiée.

Les médecins d'Algérie : Haspel, Catteloup, Rouis en rapportent de remarquables exemples.

Parmi les Anglais, nous citerons : Morehead (2) et Thompson (3), et l'Américain Janesson (4). Enfin, dans la littérature française contemporaine, il faut, avec Debergue, mentionner le travail de Prudhomme (5), la thèse de Leblond, et beaucoup d'observations dispersées dans les thèses de ces dernières années.

a) *Ouverture dans le poumon.* — La migration pulmonaire peut s'accomplir par des procédés quelque peu différents les uns des autres.

Si le processus est très haut, le pus peut rester cantonné dans la base du poumon, à l'aide d'un enkystement plus ou moins solide. Il y a alors abcès enkysté sans évacuation par les crachats, ainsi que nous en avons rencontré quelques rares exemples. Mais presque toujours l'ulcération d'une bronche d'un certain volume se produit rapidement, et l'expectoration est alors pathognomonique.

Lorsque l'on assiste à cette migration, on peut reconnaître l'envahissement du poumon à des signes de tassement pulmonaire que révèle l'auscultation, et surtout à l'apparition de crachats pneumoniques qui précèdent presque toujours de un à quatre jours l'expulsion du pus par les bronches. Ce processus est bien exposé dans l'observation suivante :

(1) Taillard. — Mémoires de l'Académie de chirurgie, cité par Fauconneau-Dufresne

Morand, Ibidem.

(2) Morehead. — Obs. 217. Abscess of the liver opening through un diaphragm into the sac. of the pleura and consing purulent effusion thèse.

(3) Thompson. — Absc. of the liver bursting into right pleural cavity. Bristich med. journal, février 1867.

(4) Janesson. — Abcès idiopathique du foie ouvert dans la plèvre. New-York medical journal, septembre 1879.

(5) Prudhomme. — Abcès du foie ouvert dans la plèvre. Gaz. des hôp., 1869.

Obs. XLVI (1). — Serrurot, 24 ans, sergent d'infanterie de marine, arrive le 1er novembre 1888, du Tonkin, avec des troubles intestinaux et des phénomènes hépatiques. Depuis trois mois, il a été en proie à des accès de fièvre nombreux et irréguliers, il se plaint actuellement de douleurs violentes dans l'hypochondre droit, avec irradiation dans l'épaule.

Le point le plus douloureux siège en dessous du mamelon, dans le neuvième espace intercostal. Le foie, sensiblement augmenté de volume, remonte jusqu'au mamelon.

Diminution des forces et de l'appétit, langue saburrale, petite fièvre vespérale quotidienne. Le thermomètre monte chaque soir à 38°, 38°5, 39°. Il y a chaque jour deux ou trois selles diarrhéiques.

Cet état se maintient jusqu'au 12 novembre, moment auquel le malade présente un peu de dyspnée, une petite toux sèche et quelques crachats rouge-brique.

Le 14, au matin, après une quinte de toux, le malade évacue brusquement, par les crachats, une quantité de pus hépatique bien caractérisé, évaluée à 500 gr. environ. Dans le reste de la journée, on évalue encore à 200 gr. la quantité de pus mêlé à l'expectoration.

La douleur à la région hépatique a disparu, et a été remplacée par un point de côté dorsal, vers la cinquième côte.

15 novembre. — Depuis hier soir la température est tombée à 37°. Le malade se sent faible et a rendu encore à peu près 500 gr. de pus chocolat.

18 Novembre. — Après 3 jours d'apyrexie, le thermomètre remonte à 38°5. Le malade est très oppressé (ventouses, injections de morphine).

29 novembre. — Après une légère accalmie, les phénomènes dyspnéiques ont repris et malgré les soins dont il est l'objet (injections d'éther, etc.) le malade succombe à huit heures du soir.

Autopsie. — Faite 36 heures après la mort. Emaciation très accusée. Abdomen déprimé.

Cavité abdominale. — Le foie est volumineux et fortement décoloré, sauf à l'extrémité du lobe gauche. Une incision appliquée à la face supérieure du lobe droit donne issue à près de deux litres de pus et de sérosité. La poche purulente occupe environ les deux tiers de la glande hépatique. Le doigt, introduit dans cette poche, dans la direction de la cavité thoracique, rencontre une solution de continuité pratiquée par le pus à travers le diaphragme, et située au niveau du bord antérieur du lobe droit.

Aucune communication entre le foie et l'intestin.

Cavité thoracique. Les deux poumons présentent extérieurement leur aspect normal; mais le poumon droit est adhérent par sa base avec le diaphragme, et renferme à ce niveau une cavité purulente qui communique par une petite ulcération du diaphragme avec la poche hépatique.

(1) Inédite.

Dans le poumon, le pus s'est collecté dans le voisinage de bronchioles assez importantes.

Si l'on n'avait pas assisté à la succession des phénomènes, la seule présence du pus hépatique dans les crachats serait pathognomonique.

L'aspect de ces crachats est déjà très frappant à l'œil nu : c'est un mélange de sang et de pus chocolat ou lie de vin. Il peut avoir une odeur fétide, odeur qui tient au séjour de l'air dans la cavité hépato-pulmonaire qui sécrète et recèle le pus.

Parfois, on y discerne un mélange de bile, ou bien dans des cas douteux on peut mettre en relief la présence d'une petite quantité de bile par des moyens chimiques classiques. Ces détails ont été notés dans l'observation suivante :

Obs. XLVII (1). — Leroy, 25 ans, soldat d'infanterie de marine, arrive de Cochinchine ayant contracté, après dix mois de séjour, la dysenterie et une hépatite suppurée. Les premiers symptômes de l'hépatite (scapulalgie, fièvre, puis point douloureux hépatique) ont succédé immédiatement à l'apparition de la dysenterie.

Rapatrié pour ce motif, l'homme a été pris à plusieurs reprises, de vomiques purulentes. On nota le 25 décembre que les crachats contenaient du pus et *de la bile.* L'expectoration se maintint longtemps avec ces caractères, et était accompagnée d'une toux très fatigante.

A son entrée à Saint-Mandrier (18 février 1880), la douleur hépatique a disparu, mais l'expectoration est toujours abondante. l'émaciation est extrême ; la dysenterie est calmée. Jusqu'au 2 mars, il se produit une amélioration générale.

3 mars.— A midi, le malade est pris brusquement d'accidents de suffocation. La dyspnée est extrême. Expectoration de mucosités filantes, fibrineuses, sanglantes, contenant un peu de pus. (Ventouses sèches ; vésicatoire.)

Les matières expectorées traitées par l'acide azotique présentent une zone verte, indice de la présence d'une certaine quantité de bile.

4 mars. — On donne un ipéca (50 cgr.), qui amène des vomissements et un certain soulagement. Toux petite, difficile, avec crachats couleur chocolat.

7 mars. — Dyspnée; faiblesse excessive. Insomnie; dysurie. Décédé à 3 h. du soir.

Autopsie. — Pratiquée 30 heures après la mort.

Emaciation considérable. La région thoracique latérale droite présente un peu au-dessous et en dehors du mamelon des traces de caustique appliqué pendant la vie.

(1) Inédite.

Cavité thoracique. — Le péricarde renferme une certaine quantité de liquide. La plèvre droite est remplie par des adhérences peu résistantes, mais très étendues,qui empêchent la rétraction du poumon. En déchirant le tissu pulmonaire pour le séparer de la paroi pleuro-costale, on fait sourdre du pus contenu dans le poumon. Celui-ci renferme, en effet, une cavité purulente, en communication à travers le diaphragme avec une petite poche intra-hépatique. La perte de substance du diaphragme mesure 3 cent. de diamètre. Les parois de l'abcès du poumon sont tellement minces qu'elles semblent constituées uniquement par la plèvre.

Aucun autre abcès dans le foie, rien de particulier dans les organes abdominaux.

Cette observation présente un grand intérêt à cause de ce caractère bilieux des crachats, qui fut reconnu à l'œil nu et à l'analyse chimique. — On a fait avec succès la même investigation dans l'obs. XCIX (Vaseille).

Mais une preuve tout aussi sûre de l'origine hépatique de l'expectoration peut être fournie par l'examen microscopique, la présence des cellules hépatiques étant souvent facile à constater, surtout lorsque les matières sont de couleur lie de vin.

La première mention de ce fait est due, croyons-nous, à Fenwick (1), et nous devons aussi à Kiener une observation importante où ce moyen d'investigation fut mis en usage avec succès (2).

Nous avouons cependant avoir recherché plusieurs fois les cellules hépatiques sans succès dans des expectorations d'origine hépatique, mais sans doute l'élimination du pus datait alors de trop longtemps, pour qu'il eût conservé ses caractères anatomiques. Souvent au bout d'un certain laps de temps, il s'est créé une véritable fistule entre le foie et le poumon, et c'est ce dernier organe qui fournit la majorité du pus évacué par les bronches. On comprend qu'alors la présence des éléments anatomiques du foie soit difficile à déceler.

Obs. XLVIII (3). — Germain, 24 ans, maréchal de logis d'artillerie, rentre du Tonkin après un séjour de vingt-cinq mois, atteint d'accès de fièvre dits paludéens en 1885 ; il fut repris de la même affection en mai 1887, et entra le 9 mai à l'hôpital d'Ha-noï pour une vive douleur ressentie dans la région hépatique. Deux jours après, il commença brusquement à

(1) Fenwick S. — The detection of particles of hépat. Structure in absc. of the liver. Lancet, 1877, vol. 2.

(2) Kiener. — Abcès du foie ouvert dans les bronches. Diagn. fondé sur l'examen microscopique du pus. Gaz. hebd. de Montpellier, 1886, n° 48.

(3) Inédite.

cracher du pus de couleur chocolat. Il est évident que l'abcès qui s'évacuait ainsi s'était formé sourdement depuis plus de deux jours ; peut-être même remontait-il à la première période fébrile. Quoiqu'il en soit, depuis cette époque (4 mois accomplis), le malade a constamment craché du pus hépatique.

Actuellement à Saint-Mandrier (20 août 1887), la douleur de la région hépatique est effacée ; mais la matité reste encore assez considérable, la limite supérieure en étant sensiblement remontée, et le foie débordant aussi par en bas les fausses-côtes. La respiration se fait bien, mais l'auscultation révèle de gros râles bronchiques humides.

Les crachats contiennent du pus blanc mélangé quelquefois d'un peu de sang, mais ils ne présentent pas l'aspect ordinaire, et la couleur chocolat du pus hépatique. L'examen microscopique n'y révèle pas non plus de cellules du foie bien caractérisées.

La toux est très fatigante, surtout la nuit. Cependant l'état général tend à s'améliorer ; la digestion se fait bien.

26 août. — On note encore un peu de pus dans les crachats.

La pression ne réveille point de douleur dans l'hypochondre droit.

L'état des forces est satisfaisant. L'homme sort pour jouir d'un congé de convalescence.

Nous ignorons ce qu'est devenu ce malade, et l'on peut espérer qu'il aura achevé de guérir ; mais le rétablissement complet après l'évacuation par les bronches est en général très lent, et il persiste parfois une véritable fistule *hépato-bronchique*.

Nous connaissons un officier dont nous ne possédons pas l'observation détaillée, mais qui expectora un abcès du foie, il y a environ 5 ans. Ce malade, qui passa ensuite 3 ans en non activité pour infirmité contractée au service, conserva une expectoration purulente pendant de longs mois. Ayant été rappelé depuis quelques temps au service actif, il lui est arrivé d'être repris de temps en temps de poussées de *bronchite* (?), avec expectoration purulente roussâtre. Chaque fois que ces accidents reparaissent, il éprouve de la douleur hépatique.

L'amaigrissement est très grand, quoique l'état général des forces soit assez satisfaisant.

Parmi les accidents liés à la migration des abcès du foie par le poumon, il faut signaler l'hémoptysie. Nous ne voulons pas parler ici seulement des crachats sanguinolents qui précèdent immédiatement la vomique et sont liés à un processus de pneumonie circonscrite. L'hémoptysie proprement dite apparaît au contraire après la vomique, alors que l'ulcération bronchique est constituée. Elle suit de quelques heures ou de quelques jours l'évacuation du pus, comme dans l'observation ci-après.

Obs. XLIX (1). — Marché, 23 ans, soldat d'infanterie de marine, renvoyé du Tonkin après 30 mois de séjour pour une dysenterie aiguë, accompagnée d'accès de fièvre, entre à St-Mandrier le 1er février 1885. Il se plaint de douleurs à la région hépatique, et à l'épaule droite depuis une quinzaine de jours seulement.

L'hypochondre droit présente une tuméfaction notable, les espaces intercostaux sont effacés et élargis. Les téguments sont légèrement empâtés. La température monte tous les soirs à 39°.

27. — Expectoration, cette nuit, de crachats rougeâtres. Le malade, qui ne toussait ni ne crachait auparavant, a rendu, dit-il, une certaine quantité de matières que l'on n'a pas conservées. Hier matin la mensuration de l'hemithorax à la base avait donné une augmentation de 2 centim. du côté droit sur le côté gauche. Aujourd'hui cette augmentation s'est réduite à 1 cm. En revanche la matité hépatique s'est rapprochée du mamelon d'un travers de doigt environ. En outre on trouve de la matité et de l'obscurité du murmure vésiculaire à la base du poumon.

28 février. — La température a suivi depuis 48 heures une marche ascendante, elle atteint 40°. Les phénomènes pulmonaires sont plus accusés. Expectoration purulente manifeste.

A 5 h. du soir, hémoptysie abondante (environ 40 h. après l'apparition du pus dans les crachats).

1er mars. — Amélioration ; expectoration purulente Temp. 37°6.

2 mars. — Idem.... Le soir une nouvelle hémoptysie très abondante.

Du 2 au 11 mars, état satisfaisant ; chute complète de la fièvre.

12 mars. — L'hémoptysie ne s'est pas reproduite depuis le 2 mars. L'expectoration purulente rougeâtre, abondante au début, a diminué progressivement, et a cessé depuis quelques jours. Pas de douleur à la région hépatique ni à l'épaule droite. Un peu de tuméfaction de la région. Respiration facile. Fonctions digestives satisfaisantes. Anémie encore prononcée. Sort pour jouir d'un congé de convalescence.

Au premier abord, il ne paraît pas très facile de définir si dans ce cas l'hémorrhagie est venue du tissu pulmonaire ou du tissu hépatique. Toutefois son apparition peu de temps après la formation de l'ulcère bronchique, son intermittence, et enfin sa cessation définitive alors que l'abcès n'était pas complètement évacué, nous font admettre qu'il s'agit bien d'une hémorrhagie bronchique. Un épanchement sanguin dans l'intérieur du foie se caractériserait évidemment par l'expulsion persistante de caillots sanguins mélangés à du pus.

La recherche anatomique de l'artère ulcérée a été faite une fois, mais sans succès, par le Dr Thomas, dans le cas de Laurain (Voir à la fin du volume l'obs. CIII). Cet homme avait succombé

(1) Inédite.

avec des hémorrhagies bronchiques quatre mois et demi après l'ouverture d'un abcès du foie dans le poumon.

En résumé, d'après les faits que nous venons d'exposer, et ceux dont la relation a été renvoyée à la fin de l'ouvrage, on peut retracer un tableau clinique très caractéristique de cette migration.

Après quelques signes prémonitoires, qui peuvent passer inaperçus, et qui consistent en une *ascension de la matité hépatique*, une *condensation du poumon*, et une *réapparition de la fièvre*, si elle était apaisée, on voit se former un *foyer pneumonique* à la base du poumon droit : l'*auscultation* et l'*examen des crachats rouillés*, fournissent, dans une hépatite suppurée, des signes positifs d'une ouverture imminente de l'abcès dans les bronches. Puis *la vomique* apparaît brusquement : le malade se sent la poitrine envahie par *un liquide chaud* et il *rejette dans une quinte de toux*, souvent violente, *une quantité de pus hépatique* qui peut, en une seule fois, dépasser un demi-litre.

Les quintes de toux et l'évacuation de cette matière spéciale se renouvellent à quelques heures d'intervalle par crises fatigantes dans les deux ou trois premiers jours. L'homme peut être pris de défaillance et même succomber dans un de ces moments, surtout si l'hémoptysie se mêle à l'évacuation purulente.

Mais si ces deux ou trois premières journées sont franchies, la fièvre diminue, les accidents se modèrent, l'expectoration se continue, mais moins copieuse et sans affecter la forme paroxystique qui constitue la vomique. La toux ramène encore pendant quelque temps des matières purulentes.

Cette migration ainsi instituée peut aboutir à une guérison rapide, fait assez rare suivant nous, ou à un état prolongé ou chronique avec persistance de fistule, et tendance à l'hecticité. On voit alors la fièvre vespérale reparaître, l'abcès de la base du poumon se transformer en caverne à parois scléreuses, et le malade perd graduellement son embonpoint et ses forces. Cet état, lorsque l'on n'a pas été témoin de la période de migration proprement dite, a pu être pris pour une phthisie pulmonaire, et en fait il peut aboutir à une cachexie très semblable à la phthisie.

Le diagnostic s'appuiera sur l'existence de l'hépatite, sur les antécédents tropicaux, sur la localisation de la lésion pulmonaire à la base et enfin sur l'examen chimique et microscopique du pus.

b. Ouverture dans la plèvre. — Nous venons de nous occuper des abcès dont la migration se limitant au poumon se termine par

une ulcération bronchique. D'autres viennent s'ouvrir dans la plèvre après avoir suivi des trajets plus ou moins compliqués et l'on peut anatomiquement distinguer les cas suivants :

1° Le pus, après avoir excavé le poumon, pénètre dans la plèvre sans avoir été évacué par la bronche ;

2° Il ne pénètre dans la plèvre que secondairement après évacuation bronchique ;

3° Il atteint la plèvre après avoir cheminé dans le médiastin ;

4° Il atteint la plèvre directement, à travers le diaphragme perforé, et sans avoir intéressé le poumon, ni le médiastin.

La première variété dans laquelle le poumon est traversé sans qu'il y ait ulcération bronchique, n'est pas fréquente, mais elle peut passer assez souvent inaperçue, puisque le grand signe clinique de la vomique fait défaut. Nous en trouvons un exemple bien net dans un récent travail de Loison et Arnaud (1) (Obs. IV).

Obs. L. — Abcès de la face supérieure du foie, au lobe droit, ouvert dans la plèvre. Pleurotomie. Mort.

Leu..., cavalier au 4me chasseurs d'Afrique, à Manouba, malade pour la première fois, n'a jamais eu ni dysenterie, ni fièvre paludéenne, ni fièvre typhoïde.

26 septembre 1891. — Le malade est envoyé à l'hôpital présentant une fatigue générale, de l'anorexie, de l'insomnie. Douleur à l'épaule droite. Langue blanche, ventre souple, pas de diarrhée, pouls à 84. Temp. vers 39° depuis quatre jours.

28 septembre. — La quinine reste sans action sur la fièvre. On porte le diagnostic de fièvre typhoïde.

Les jours suivants, gargouillements dans la fosse iliaque droite, taches rosées lenticulaires.

10 octobre. — La température tombe. Douleurs persistantes au niveau de l'apophyse coracoïde, et aussi au niveau du foie.

21 octobre. — Très amélioré, le malade est renvoyé à son corps. Mais aussitôt, il se met à tousser, et à cracher du sang. Il rentre le jour même à l'hôpital.

26 octobre. — Fièvre, râles sibilants et souffle à la base du poumon droit. Crachats sanguinolents.

29 octobre. — Progrès de la matité et de la condensation du poumon droit.

9 novembre. — On admet un épanchement pleurétique remontant jusque vers l'angle de l'omoplate. Ventre souple. 5 selles liquides dans les 24 heures.

(1) Loison et Arnaud. — Contribution à l'étude pathogénique des abcès tropicaux du foie. — Revue de médecine, nov. 92, p. 909.

13 novembre. — Aggravation, fatigue extrême. Teint plombé. Diarrhée persistante ; augmentation de l'épanchement pleurétique.

Une ponction exploratrice, faite avec le Potain, revèle la présence du pus. Séance tenante, sous le chloroforme, on pratique la pleurotomie par incision au bistouri, au 5me espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure. Pus grisâtre abondant, sans odeur. Deux gros drains, pas de lavage.

A dater de ce moment l'état du malade empire chaque jour : dyspnée, dépression, ventre ballonné, selles dysentériques.

17 novembre. — Evacuation de selles purulentes qui font penser à un abcès du foie, ouvert dans l'intestin. Collapsus.

21 novembre. — Mort par asphyxie.

Autopsie. Cavité thoracique. — Rien au péricarde, cœur, plèvre et poumon gauche. La plèvre droite est complètement tapissée par une néomembrane fibrino-purulente. Adhérences entre la base du poumon et le diaphragme. Dans la scissure interlobaire supérieure, à la face supérieure du lobe moyen, on voit un orifice fistuleux admettant le petit doigt et par lequel sort le pus. Le doigt pénètre par là dans un canal infundibuliforme, creusé à travers les lobes moyen et inférieur du poumon droit soudés et sclérosés, traverse le diaphragme et arrive dans un grand abcès de la face supérieure du lobe droit du foie.

Cavité abdominale. — Adhérences fibrineuses entre le foie et le diaphragme. A ce niveau existe une cavité grosse comme le poing, et qui s'est ouverte dans la plèvre en passant à travers le diaphragme et les deux lobes inférieurs du poumon. Autour de la fistule le tissu pulmonaire est sclérosé.

L'abcès est unique ; mais il existe en dessous de celui-ci un autre foyer, ancien, du volume d'une noix, et en train de subir la transformation fibro-crétacée. Enfin un petit foyer crétacé se rencontre encore à la partie antérieure du lobe droit, sous la capsule de Glisson. Lésions dysentériques dans toute la hauteur du gros intestin.

L'examen bactériologique du pus recueilli au moment de la pleurotomie, a fourni des cultures de staphylocoque doré.

Ainsi, dans cette curieuse observation, le pus s'était ouvert une cheminée de plusieurs centimètres de hauteur, à travers les deux lobes inférieurs du poumon, pour venir s'ouvrir dans la scissure interlobaire supérieure, sans avoir ulcéré une bronche importante. Les crachats sanguinolents signalés dans l'observation indiquaient une péripneumonie, développée autour de la fusée purulente ascendante.

Dans une seconde classe nous rangeons les cas où la plèvre a été envahie alors qu'il y avait déjà évacuation par les bronches. Les lésions sont alors très complexes, très graves, puisqu'il se forme

ainsi un pyo-pneumo-thorax en communication avec un abcès du foie (on pourrait appeler cette variété un *hépato-pyo-pneumo-thorax* avec fistule bronchique). Tel fut le cas suivant.

Obs. LI (1). — Oiry, 24 ans, soldat d'infanterie de marine, renvoyé en France, par le Conseil de santé de la Guadeloupe, pour hépatite et pleurésie sèche A eu a bord plusieurs vomiques de crachats rouges ou brunâtres. Actuellement, l'expectoration est encore très abondante. La température vespérale varie de 38 à 39°.

27 juin 1887. — A son entrée à Saint-Mandrier, on constate que le malade est atteint d'une anémie profonde avec amaigrissement considérable; le pouls est à 100. La température est à 38°3. — Oppression. — 68 respirations. — On entend même à distance, dans l'hémi-thorax droit, un bruit de gargouillement quand le malade exécute des mouvements (succussion hypocratique).

A droite et en arrière, matité dans les deux tiers inférieurs. Submatité dans le tiers supérieur, avec exagération des vibrations thoraciques. En avant, le foie déborde le rebord costal de deux travers de doigt.

A gauche, la respiration est très rude. Le cœur bat à sa place normale.

Expectoration tres abondante de crachats rouillés, mélangés à un liquide rougeâtre, qui contient des grumeaux de pus blanc. Ceux-ci ont une odeur alliacée assez prononcée.

29. — On note de l'empâtement et de la tuméfaction à la partie postéro-inférieure de l'hémi-thorax droit sur une étendue d'une largeur de main.

Une ponction pratiquée à l'aide de l'appareil de Dieulafoy, sur cette zone empâtée, au niveau du 9e espace intercostal, ne donne pas de pus. Répétée aussitôt dans le 8e espace, la ponction amène l'expulsion d'une très petite quantité de pus rougeâtre accompagné de gaz. La ponction a permis de constater que plusieurs côtes étaient nécrosées.

30. — Au niveau de l'empâtement de la moitié inférieure de l'hémi-thorax droit existe une douleur spontanée, exagérée par la pression.

Une nouvelle ponction avec l'aiguille n° 4 de Dieulafoy n'amène ni gaz, ni liquide.

1er juillet. — Grande dépression. Température à 36°. Expectoration toujours abondante de crachats purulents, rougeâtres et fétides.

Décédé le 5 juillet.

Autopsie. — Cavité thoracique. Le poumon droit adhère non seulement au diaphragme, mais encore aux côtes dans toute leur étendue, au moyen de fausses membranes très résistantes. La cavité pleurale ne contient point de liquide ; toutefois les parois en sont recouvertes d'un pus épais, visqueux et fétide. Une caverne volumineuse, anfractueuse et vide, ouverte en regard de la plèvre diaphragmatique, occupe la base du poumon. En

(1) Inédite.

outre, sur le lobe supérieur de ce poumon, on remarque une petite cavité de la grosseur d'un pois qui communique avec les bronches.

Le poumon droit n'est pas congestionné ; il ne renferme aucune trace de tubercule.

En disséquant la paroi thoracique, au niveau de l'empâtement signalé dans l'observation, on constate que les muscles sont baignés par un liquide purulent, fétide, d'un gris noirâtre. La plèvre et le tissu cellulaire intermusculaire sont détruits dans cette région. Les quatre dernières côtes, dépouillées de leur périoste, baignent dans le pus.

Cavité abdominale. — Le foie présente un volume presque normal. Sur la face postérieure du lobe droit, on constate un abcès de la grosseur du poing, anfractueux, tapissé par une néomembrane grise, recouverte de pus. Cet abcès est vide et correspond à travers une ouverture du diaphragme avec la caverne pulmonaire signalée précédemment.

Dans les deux premières variétés on a pu saisir au lit du malade les signes de l'invasion pulmonaire. Ce sont ceux que nous avons indiqués comme annonçant l'imminence d'une vomique purulente. Mais dans le premier exemple, malgré les crachats pneumoniques, le pus n'a pas ulcéré de bronche importante, et l'ouverture dans la plèvre a détourné la vomique.

Dans la dernière observation, l'invasion du poumon a précédé celle de la plèvre ; la pleurésie purulente à son tour a précédé l'ulcération bronchique, car celle-ci ne siégeait pas dans l'abcès pulmonaire primitif voisin du diaphragme.

Le pneumothorax a donc été consécutif au pyo-thorax. On comprend que cette succession de faits soit plus rationnelle que l'inverse, celle qui amènerait une irruption du pus dans la plèvre après que l'abcès pulmonaire se serait déjà vidé dans les bronches. Car s'il s'évacue par des vomiques, le pus du foie n'a plus de tendance à envahir la plèvre. Au contraire, une pleurésie purulente née d'un abcès du foie, tend à ulcérer le poumon et la paroi thoracique, jusqu'à ce qu'elle trouve une issue déplétive, de l'un ou de l'autre côté.

Dans les cas du 3e groupe, le pus atteint la plèvre en se frayant une voie indirecte et tortueuse à travers le médiastin. L'exemple que nous avons recueilli à l'hôpital principal de Toulon est peut-être unique dans la science.

Obs. LII (1). — Matheron, 28 ans, traité pour pleurésie purulente, sans que l'on n'ait jamais soupçonné un abcès du foie ; décédé le 11 janvier 1883.

(1) Inédite.

Autopsie. — Foie très volumineux, dont la petite extrémité a envahi l'hypochondre gauche presque en totalité. Il adhère par sa face convexe au diaphragme, particulièrement autour du ligament falciforme. En arrachant ces adhérences on voit sourdre du pus.

Afin de rechercher la relation qui existe entre l'abcès hépatique et la pleurésie purulente droite, on enlève avec précaution le plastron thoracique. La plèvre droite est remplie de pus café au lait, deux litres environ.

La partie supérieure du poumon, composée des deux lobes supérieurs, est refoulée en haut dans la gouttière vertébrale, tandis que le lobe inférieur reste appliqué sur le diaphragme. La scissure interlobaire écartée et remplie de pus, fait réellement partie des parois de la cavité purulente. Le liquide purulent paraît venir du médiastin postérieur en passant derrière le pédicule qui réunit le lobe inférieur au hile du poumon. En réséquant tranche à tranche cette portion du poumon, on trouve un trajet creusé par le pus dans le tissu cellulaire du médiastin postérieur. Ce trajet aboutit par en bas à une perte de substance du diaphragme, à peu près circulaire, large de 5 cent., et qui sert d'ouverture à un abcès du foie, gros comme le poing, siégeant dans le bord postérieur de l'organe.

Le lobe inférieur du poumon est scléreux, mais en aucun point il n'existe de tuberculose; il n'y a nulle part d'abcès pulmonaire, et par suite aucune communication de l'abcès pleural ou du trajet médiastin avec l'arbre bronchique.

Enfin le pus peut atteindre la plèvre par un trajet beaucoup plus direct, soit en traversant le diaphragme au niveau du sillon costo-diaphragmatique, là où il n'y a pas de poumon, soit au contraire en un point central près du centre phrénique là où les rapports du poumon sont moins intimes avec le diaphragme que partout ailleurs. Cette disposition permet à l'ulcération diaphragmatique de n'être point devancée par l'établissement des adhérences. Dans l'un et l'autre cas, l'abcès trouvant la plèvre libre devant lui, s'y épanche brusquement avec un cortège de symptômes très caractéristiques.

Obs. LIII (1). — *Hép. supp.* (*Nouvelle-Calédonie*). *Abcès ouvert dans la plèvre. Albuminurie. Mort.* — Grieumard, gendarme colonial, 35 ans. Deux ans et demi de séjour en Nouvelle-Calédonie. Congé de convalescence de six mois. Première entrée à l'hôpital Saint-Mandrier le 13 janvier 1891. Exeat le 29 janvier, avec un congé de convalescence de trois mois. Deuxième entrée à l'hôpital, le 2 mai 1891, sous la rubrique : *Congestion du foie.*

A servi d'abord à la Guadeloupe, où il a été atteint de fièvre paludéenne, puis en Nouvelle-Calédonie, où il a été pris de dysenterie.

(1) Inédite.

Amaigrissement ; pâleur ; pas d'ictère. Inappétence. Foie augmenté de volume; dépassant, de trois travers de doigt, le rebord costal. Dans la partie accessible à l'exploration, cet organe paraît dur et lisse, à bord net. Peu ou pas de sensibilité à la pression. Diarrhée. T. : m. 37°1, s. 37°2.

De 4 à 500 gr. d'urine dans les vingt-quatre heures. A l'examen microscopique, cristaux d'acide urique et cylindres.

5 mai. — Urines : réaction acide ; densité 1038 ; albumine 12 gr. par litre ; urée 33 gr. 35 par litre.

9 mai. — Albumine 8 gr. par litre

12 mai. – Albumine 6 gr. id.

23 mai. — Albumine 6 gr. id. Réaction acide. Urée 20 gr. 50 par litre

7 juin. — Albumine 4 gr. id. id. Urée 17 gr. 25 id.

13 juin. — T. m. 37°2 ; s. 37°2.

15 juin. — T. m. 37°1 ; s. 37°2.

16 juin. — T. m. 37°2 ; s. 37°5.

17 juin. – T. m. 37°2; s. 37°4.

18 juin. — T. m. 37°2; s. 37°3.

19 juin. – T. m. 37°2; s. 37°3.

20 juin. — T. m. 36°9; s. 36°5. Douleur aiguë et subite au côté droit. Matité remontant très haut, en avant et en arrière, dans l'hémi-thorax droit. Disparition complète du murmure vésiculaire. Egophonie. Injection hypodermique au chlorhydrate de morphine.

21 juin. — T. m. 37°2 ; s. 37°3.

22. — Ponction avec l'appareil Potain. Le trocart est enfoncé exactement au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite. Plus d'un litre de pus chocolat, gluant et visqueux. A l'examen microscopique : nombreux leucocytes, longs filaments de fibrine et cellules hépatiques. Présence exclusive du *staphylococcus pyogenes.*

T. m. 36°2; s. 37°.

23. — T. m. 37° : s. 37°1. Soulagement marqué.

24. — T. m. 37° ; s. 37°1. Nouvelle ponction à deux centimètres au-dessous de la première et sur la même verticale. Extraction d'un litre trois-quarts de pus chocolat. On arrête l'évacuation, en présence de quintes de toux avec expectoration albumineuse.

25. — T. m. 36°2 ; s. 37°.

26. — T. m. 36°3 ; s. 37°1.

Mort le 27 juin.

Autopsie. — *Habitus extérieur.* Maigreur extrême. Sugillations disséminées.

Cavité thoracique. — Rien d'anormal du côté du *cœur* et du *poumon gauche*. *Poumon droit* atélectasié et refoulé vers la colonne vertébrale. *Plèvre droite* recouverte de fausses membranes grisâtres, très épaisses. Environ deux litres de pus chocolat dans sa cavité. Le *diaphragme* est

percé d'une large ouverture au niveau de la foliole droite du centre phrénique.

Cavité abdominale. — *Foie* très développé; forte congestion de son tissu. A la partie convexe du lobe droit, abcès volumineux, anfractueux, sphérique, en communication très large avec la cavité pleurale, par l'ouverture diaphragmatique.

Reins. — Sensiblement normaux comme volume et comme poids, mais ramollissement et aspect jaunâtre de leur portion corticale.

L'estomac, l'intestin et la rate n'ont pas été examinés.

Ce malade, dont le diagnostic obscur nous avait beaucoup préoccupé, fit l'objet d'une leçon clinique dans laquelle nous établissions :

1° Qu'il y avait de grandes présomptions d'abcès du foie en raison du volume de l'organe, de la dénutrition progressive du sujet, de la diarrhée persistante, et de l'origine coloniale de l'affection; toutefois la douleur et la fièvre manquaient ;

2° Que la preuve de la suppuration n'ayant pu être faite par le trocart explorateur, nous devions rester dans l'expectation ;

3° Que l'incident si brusque et si douloureux du 20 juin, suivi de suffocation, et de matité étendue de l'hémithorax droit, établissait la formation très rapide d'un vaste épanchement, et probablement l'irruption du pus d'un abcès du foie dans la plèvre.

La ponction faite aussitôt nous donna raison.

Malheureusement l'homme, épuisé, succomba bientôt.

Nous devons ajouter que notre conduite dans ce cas a sans doute été trop timide, et nous aborderions aujourd'hui ce genre de complications par des manœuvres opératoires beaucoup plus hardies. Une large pleurotomie, avec résection de côte, la recherche de l'orifice diaphragmatique, son débridement s'il était nécessaire, le curettage, le drainage, et les irrigations, telle serait la série des moyens chirurgicaux qui seuls pourraient avoir raison de ces cas si graves. Le plus difficile est, du reste, de porter un diagnostic assuré et pas trop tardif.

Voici encore un exemple de cette migration pleurale toujours si grave.

Obs. LIV (1). — *Hépat. supp. (Cochinch. et Cambodge). Abcès ouvert dans la plèvre. — Cholerrhagie. — Gangrène pleuro-pulmonaire.*— Vas...,

(1) Debergue. *De la migration des abcès du foie*, etc. Th. Montp., 1889. Obs. V. Reproduite in L. E. Bertrand. *De la cholerrhagie*, etc. Obs. V.

Clément, soldat du 3e de marine, vingt-trois ans, bien constitué, provenant de l'Indo-Chine.

Arrivé le 12 janvier 1887 au matin, en rade de Toulon, par le transport l'*Annamite*, est dirigé le même jour au soir sur l'hôpital Saint-Mandrier, avec cette mention sur son billet d'hôpital : « Renvoyé de Cochinchine pour hépatite, a été atteint de pleurésie droite, pendant la traversée.» Il est admis à la salle 4, n° 4.

Les antécédents du malade s'analysent ainsi qu'il suit : Séjour en Cochinchine, de 1883 à décembre 1887. A fait partie d'une colonne expéditionnaire envoyée au Cambodge. Il contracte la dysenterie en septembre 1886. Cette maladie nécessite son renvoi à Saïgon, où il est admis à l'hôpital, à la fin d'octobre de cette année. La dysenterie étant sur son déclin, Vas... commence à souffrir de l'épaule droite. Ces douleurs sont vives, lancinantes, et font porter, à l'hôpital de Saïgon, le diagnostic « d'*hépatite* ».

C'est comme atteint de cette dernière affection qu'il est compris dans le convoi de rapatriement des malades qu'emporte l'*Annamite*.

Pendant les vingt premiers jours de voyage, le malade, dont la dysenterie paraît guérie, ne souffre que de l'épaule droite, il ne tousse pas. Vers le 1er janvier, douze jours avant l'arrivée à Toulon, il éprouve une vive douleur au mamelon droit, accompagnée de toux, et le médecin de 1re classe, médecin-major, diagnostique une pleurésie droite.

13 janvier. — T. m. 37° ; s. 37°5. Selles normales. Persistance de la douleur au niveau de l'épaule. Douleur aussi au niveau du mamelon droit, exaspérée par la toux.

L'examen objectif donne les signes suivants :

A l'inspection. — La pointe du cœur est déviée à gauche.

Les espaces intercostaux sont un peu effacés du côté droit.

La mensuration donne un centimètre de plus pour l'hémithorax droit.

A la percussion.—Matité complète remontant jusqu'à l'angle inférieur, de l'omoplate en arrière ; en avant, à 5 cent. environ au-dessus du mamelon. Au-dessous du rebord chondro-costal, la matité s'étend jusqu'à 7 cent. environ, sur la ligne mamillaire.

A l'auscultation.— Retentissement de la voix plus grand sous la clavicule droite que sous la gauche. Absence de vibrations vocales au niveau de la matité. Transmission assez nette de la parole chuchotée en dedans de l'omoplate droite. Silence absolu dans les deux tiers inférieurs de la région mate ; au tiers supérieur, en arrière, au contraire, existence de quelques râles sous-crépitants ; à gauche, sous le mamelon et en dehors, bruits du cœur énergiques et normaux.

Le sujet ne peut tenir le décubitus latéral droit, lequel réveille les douleurs indiquées ci-dessus. Quand il se couche sur le côté gauche, Vas.... éprouve un sentiment de poids à droite et la toux redouble.

15 janvier. — Le sommeil est troublé par la toux et la douleur sous le mamelon droit. Pas de fièvre.

17. — Même état. La mensuration donne 40 centimètres de tour à la base de l'hémithorax droit, 38 à gauche.

25. — Selles toujours moulées. Pas de fièvre. Les douleurs thoraciques ont diminué, grâce à l'injection quotidienne d'un demi-centigr. d'hydrochlorate de morphine. La scapulalgie persiste. Douleur au niveau du rebord des fausses côtes avec sensation de poids On entend toujours, au niveau de la matité, quelques râles humides.

1er février. — L'état général reste satisfaisant.

10. — On note 37°4 le matin ; 38° le soir.

17. — L'exaspération vespérale se maintient et décide M. le médecin en chef Thomas à faire, sur la ligne mamillaire, au niveau du point que la palpation indique comme étant le plus douloureux, vers le huitième espace intercostal, une ponction avec le plus petit trocart de l'appareil Potain. On retire ainsi un litre de liquide couleur *chocolat*. Immédiatement après cette évacuation, le cœur revient un peu sur la droite. Le bord inférieur du foie paraît remonter aussi.

18. — Le malade se sent soulagé.

21. — La fièvre,qui ne s'était pas montrée depuis la ponction, a reparu. La scapulalgie est plus intense et siège non seulement au niveau du moignon de l'épaule, mais même vers l'angle inférieur de l'omoplate. Il y a quelque oppression, mais pas de toux. T. m. 37°5 ; s. 38°3.

22. — Vas... n'a pas dormi ; et demande une intervention nouvelle. D'ailleurs, la matité a reconquis ses premières limites. Le cœur est de nouveau dévié. Une intervention opératoire est décidée.

On ponctionne de nouveau au même point, un peu en arrière de la ligne mamelonnaire, avec le Potain. Du pus *chocolat* apparaît dans le flacon. Aussitôt, et sur le trocart comme guide, on incise successivement et largement la peau, les muscles intercostaux, et l'on arriva ainsi dans la cavité purulente. Un flot de liquide chocolat sort avec force ; mais aussitôt un glouglou bien caractéristique et très énergique, ayant lieu à l'inspiration, indique, contrairement aux prévisions, qu'on est dans la cavité pleurale, au-dessus du diaphragme.

La plèvre est évidemment remplie de pus provenant du foie.

Un gros drain est placé ; pansement antiseptique. T. m. 37°5 ; s. 38°6.

23. — Pas de sommeil ; quoique la dyspnée ait cessé, Vas... souffre encore de l'épaule. Les pièces de pansement sont souillées de pus rougeâtre. Un peu de diarrhée.

24. — La diarrhée fatigue le malade. Pas de sang, ni de mucosités dans les selles.

28. — La douleur de l'épaule persiste. T. m. 38° ; s. 38°5.

Le pansement antiseptique le plus vigoureux est fait tous les matins.

1er mars. — Depuis l'administration d'un peu de rathania, les selles sont moins abondantes ; mais le malade a maintenant du ténesme de la douleur autour du nombril, un peu de sang dans les selles devenues glaireuses et fort peu colorées.

4. — L'état général périclite. La plaie donne cependant issue à du pus de bonne nature. Mais la dysenterie est bien établie et Vas... dit qu'il souffre comme au Cambodge lors de sa première atteinte. Il est mis à la macération de racine d'ipéca.

5. — T. m. 38° ; s. 38°5. Le matin les *pièces du pansement sont colorées en jaune verdâtre et fortement imprégnées.*

6. — T. m. 37°2 ; s. 38°3. Le malade ne va pas mieux et ne dort pas. Le pansement antiseptique habituel, *dont on a doublé l'épaisseur*, est *traversé par le liquide coloré signalé hier*. Le soir, on le renouvelle : *l'imprégnation est presque aussi abondante*

Les bords de la plaie, jusqu'ici très sains, ont pris une teinte *grisâtre* et paraissent agrandis.

7 mars. — Le malade s'affaiblit. Les selles sont presque involontaires : *elles sont décolorées.*

Cet état va s'aggravant. Les bords de la plaie sont recouverts d'une couche *grisâtre* avec imprégnation *verdâtre*. L'état général est tout à fait mauvais. Les pièces de pansement sont *toujours imprégnées de liquide biliaire.*

Le 8 mars, M. Cougoulat, pharmacien de 2e classe, résident, *recueille sur des éponges neuves et fines, une bonne quantité de ce liquide et y retrouve les caractères habituels de la bile.*

9 mars. — T. m. 38°2 ; S. 38°1.
10 mars. — T. M. 38°3 ; S. 38°1.
12 mars. — T. M. 37°3 ; S. 38°2.

Vas... s'éteint le 12 mars 1887, à onze heures cinquante-cinq du soir, deux mois, jour pour jour, après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Trente heures après la mort :

Habitus extérieur. — Rigidité cadavérique. Teinte sub-ictérique des téguments. Emaciation considérable.

Cavité thoracique. — A l'ouverture du *péricarde*, écoulement d'une grande quantité de sérosité. Le *cœur*, un peu volumineux, ne présente rien de particulier : poids 300 gr.

Le *poumon gauche*, sain, offre une couleur violacée.

Le *poumon droit* présente, dans son lobe supérieur, le même aspect violacé que celui du côté opposé. Ses deux lobes inférieurs sont profondément modifiés par *gangrène.*

La *plèvre* viscérale de ce côté, épaissie, est de couleur jaunâtre.

La plèvre pariétale, épaissie également, et *portant les mêmes traces de gangrène* que les deux lobes inférieurs, offre aussi une couleur *vert de gris* accentuée. Elle est très adhérente à la cage thoracique, dont on n'arrive à la détacher par dissection, qu'en enlevant des fibres des muscles intercostaux et en râclant le périoste des côtes.

La cavité pleurale est remplie par un liquide franchement purulent, jaunâtre, quelque peu teinté en vert par la bile.

Cette cavité communique : 1° d'une part avec l'extérieur par un orifice situé dans le septième espace intercostal et dû à une incision faite au bistouri, un peu en dehors de la ligne mamillaire ; 2° d'autre part, avec la cavité d'un abcès du foie. L'ouverture entre ces deux cavités est représentée par une perte de substance d'environ 2 cent. de diamètre; sur tout le pourtour de l'ouverture, on trouve des adhérences très fortes et très intimes entre le foie, le diaphragme et la plèvre. Sur le rebord externe de l'ouverture, le tissu du foie fait quelque peu hernie dans la cavité pleurale. Sur le rebord utérin, le bord inférieur du poumon droit adhère lui-même très fortement au tissu hépatique.

Cavité abdominale. — A l'ouverture du *péritoine*, écoulement d'une certaine quantité de liquide jaunâtre.

Le *foie*, très volumineux, est tendu, couleur *muscade*, et présente sur toute sa surface des adhérences avec les organes voisins, faciles à détacher, en général. A sa partie supérieure, adhérences très fortes avec le diaphragme, la plèvre et le poumon. Autour de ces adhérences, couleur plus foncée du tissu hépatique. C'est à ce niveau qu'on trouve la cavité de l'abcès. Son volume est à peu près celui d'un œuf de poule ; ses parois sont déchiquetées et ne semblent pas présenter de membrane pyogénique.

La *vésicule biliaire* est atrophiée et décolorée.

Le poids des deux organes (foie et poumon droit) détachés ensemble, est de 2 k. 720 gr.

La *rate* ne présente pas d'hypertrophie. Couleur violacée. Poids, 170 gr.

Les *reins*, légèrement hypertrophiés, ont une couleur muscade. Leur tissu est quelque peu friable.

L'*estomac* renferme des substances alimentaires. Sa muqueuse est décolorée.

L'*intestin grêle* présente une couleur ardoisée. Par places, plaques congestives, quelquefois d'une grande étendue.

Le *côlon* offre également une muqueuse ardoisée, épaissie, et de très nombreuses ulcérations. En certains endroits, la surface de la muqueuse n'est qu'une vaste plaie.

Les symptômes de ces dernières migrations diffèrent suivant la variété clinique, ou la forme anatomique. Ils diffèrent aussi suivant que l'on assiste à la marche en avant du pus, ou que l'on en trouve l'évolution accomplie.

On peut, au point de vue clinique, diviser ces cas en deux groupes : ceux qui touchent le poumon en même temps que la plèvre et ceux qui le respectent entièrement. Si le poumon est intéressé, on relèvera des signes de pneumonie : induration, augmentation des vibrations thoraciques, crachats rouillés ; et ces symptômes seront notés, soit au début, soit à une période plus

avancée de la complication. Dans le premier cas les phénomènes de pneumonie, éclatant alors que le diagnostic d'hépatite suppurée a été posé, peuvent faire prévoir que l'on assistera à une évacuation par les bronches, ou bien à une irruption dans la plèvre ; et tant qu'il n'y a pas de point douloureux pleurétique on restera dans le doute sur la voie que va choisir le pus. Mais il suffit toujours d'un temps très bref, pour que cette terminaison pleurale ou bronchique se précise.

Nous avons vu que la vomique survient habituellement du 1er au 3e jour, après l'apparition des crachats rouillés. Si, au contraire, le pus fait irruption dans la plèvre, on voit éclater brusquement une douleur très aiguë et des phénomènes dyspnéiques parfois excessivement intenses. La douleur siège, soit au mamelon, soit vers la pointe de l'omoplate. La respiration, coupée par le point de côté, devient très douloureuse, en même temps qu'elle est très gênée par la suppression brusque de la fonction pulmonaire du côté droit. En effet, la plèvre se trouve ordinairement remplie d'un seul coup par l'épanchement du pus hépatique. Le malade s'immobilise en décubitus latéral droit. Nous avons eu souvent l'occasion d'indiquer la signification de ces phénomènes successifs, dans nos leçons cliniques, et notamment à propos du cas de Grieumard. (Obs. LIII).

Dès que l'épanchement pleural est accompli, tous les signes physiques pulmonaires cessent, ou tout au moins sont masqués par les signes pleuraux. Il est inutile d'insister sur les particularités cliniques de l'examen du pyo-thorax confirmé. Quant à la nature de l'épanchement il sera soupçonné : 1° par le fait que l'on a reconnu l'existence d'un abcès du foie ; 2° parce que la fièvre qui a subi une exacerbation passagère revient promptement à la forme hectique ; 3° par l'apparition fréquente d'un œdème douloureux à la paroi, œdème caractéristique de la purulence ; 4° enfin la ponction exploratrice sera le moyen par excellence d'assurer le diagnostic.

Si ces divers symptômes apparaissent sans qu'il y ait eu des signes positifs de pneumonie, on admettra que l'ouverture dans la plèvre s'est faite directement, à travers le diaphragme, ce qui fournit quelques présomptions que l'ulcération du diaphragme est située dans le sinus costo-diaphragmatique.

Quant au diagnostic à poser entre la pleurésie de voisinage compliquant un abcès du foie non ouvert, et celle qui résulte de la pénétration du pus hépatique, il est souvent fort difficile. Toutefois

on se guidera sur la formation tout à fait soudaine de l'épanchement dans le cas de migration pleurale, sur la douleur suraiguë, sur les autres signes d'évolution vers le thorax et enfin sur l'examen chimique et microscopique du liquide retiré par une ponction capillaire.

Nous avons cité une observation dans laquelle la migration s'était établie à travers le médiastin, jusque dans la plèvre. Ce trajet ne peut guère être reconnu sur le vivant. Il se confondra sans doute avec une ouverture pleurale directe.

La dernière variété clinique qui forme un tableau à part, est celle dans laquelle il existe à la fois un épanchement hépatique dans la plèvre, et une communication de celle-ci avec l'arbre bronchique. C'est le cas de l'*hépato-pyo-pneumo-thorax avec fistule bronchique*, dont nous avons rapporté un exemple ci-dessus (Obs. LI). Or, cette terminaison peut être amenée par deux procédés, soit que l'abcès vidé d'abord dans le poumon et les bronches ait infecté secondairement la plèvre, et dans ce cas, les vomiques ont précédé les phénomènes pleuraux, soit que l'épanchement purulent pleural ait ulcéré un point quelconque du poumon et se soit évacué secondairement par les bronches, comme dans l'observation ci-dessus.

Cliniquement, l'ordre de succession des phénomènes symptomatiques donnera la différence entre ces deux variétés; mais presque toujours, le chirurgien trouvera l'évolution du pus accomplie, et il ne lui sera pas difficile de recueillir les deux éléments principaux de ce complexus : *abcès du foie en communication avec la plèvre*, et *pleurésie purulente évacuée par les bronches*.

Aux signes ordinaires du pyo-pneumo-thorax, s'ajoutera l'aspect du pus évacué par les vomiques. Ce pus, qu'on pourrait appeler *pus hépatique atténué*, est souvent très abondant, fétide et de couleur café au lait. A la fin des vomiques les plus copieuses, le caractère lie de vin du pus peut encore se retrouver.

Presque constamment ce pus présente une odeur forte et très fétide.

Enfin, la percussion fera souvent constater *dans sa région hépatique*, une zone de sonorité exagérée, plus ou moins continue avec celle de la plèvre, et qui indique que l'abcès du foie est aussi en partie envahi par l'air respiratoire. On y observe même les bruits hydro-aériques propagés du pyo-pneumo-thorax.

Le pronostic de la migration pleurale est un des plus mauvais parmi les modes d'ouverture spontanée des abcès du foie. Abandonnés aux efforts de la nature, ces cas se terminent presque tous

par la mort. Mais il y a une différence entre les faits où le pus reste cantonné dans la plèvre, et ceux qui se compliquent d'une ouverture bronchique. Pour les premiers, on peut encore espérer quelquefois une ulcération de la paroi thoracique, qui fera l'office d'une pleurotomie, et rendra possible la guérison. Pour les seconds, nous ne pensons pas que le pyo-pneumo-thorax d'origine hépatique soit compatible avec une existence prolongée. Tous les cas connus se sont terminés par la mort. Mais le pronostic peut être sensiblement amélioré par les progrès de la chirurgie et par l'assurance et la hardiesse dont le chirurgien saura faire preuve.

Dans la suppuration pleurale simple, en communication avec un foyer hépatique, la pleurotomie large, avec irrigation, drainage, et recherche de la perforation diaphragmatique est absolument indiquée. Dans les cas heureux, le chirurgien pourra transformer ces désordres si étendus et si complexes en une lésion simplifiée. Il le fera sans inconvénients, car le *pneumothorax* n'est pas à redouter dans ces pleurotomies, puisque le poumon est déjà refoulé par le pus. Quant au *pyothorax*, il existe d'avance, et on ne l'aggravera pas en pratiquant un large empyème. Au contraire, si l'on réussit à placer des drains jusque dans le foie, à travers la plèvre et le diaphragme, on assurera l'antisepsie, on simplifiera la lésion et l'on sauvera le malade.

Nous ne donnons là qu'une indication sommaire des interventions chirurgicales que l'on peut combiner, mais il est facile de prévoir que l'état suppuré de la plèvre et que le phlegmon de la paroi peuvent amener à des résections multiples de côtes et même à l'opération d'Eslander.

De même, on peut être conduit à chercher sur le foie, en dehors de la plèvre, un autre point d'ouverture qui créerait une voie d'écoulement plus favorable, et c'est même à ce dernier parti que nous accordons maintenant la préférence.

Quant aux malades chez lesquels il y a une fistule bronchique, communiquant avec le pyothorax, faut-il les regarder comme placés au dessus de toutes les tentatives de l'art, ou fonder quelqu'espoir sur une cicatrisation interne opérée par la nature ? Cette dernière hypothèse nous semble irréalisable. La longueur des trajets, l'anfractuosité des cavités, la fermentation des liquides constituant des obstacles presqu'absolus à la réparation. Mais nous n'hésiterions pas à traiter ces cas extrêmes par la pleurotomie. La fistule bronchique, si elle n'est pas tuberculeuse, aura chance de guérir lorsque

le foie et la plèvre seront désinfectés et videront leur pus au dehors par de larges ouvertures.

IX. — Ouverture spontanée a la peau, après un trajet plus ou moins long.

L'issue directe des abcès du foie à la peau est si rare que la plupart des auteurs n'en parlent même pas. La statistique de Rouis en fournit deux exemples, et notre série de 100 cas de St-Mandrier nous en donne une autre observation. Mais il faut bien remarquer que cette rareté n'est nullement regrettable, car l'ouverture à la peau, ne pouvant se faire que très-tardivement, est l'indice de lésions graves, complexes, anciennes, et s'associe ordinairement à un état d'épuisement redoutable.

Il faut remarquer d'autre part que cette rareté est plus apparente que réelle, car souvent on a ponctionné à la lancette des abcès qui proéminaient sous la peau, et qui se seraient ouverts seuls si l'on n'avait accompli ainsi cette œuvre chirurgicale de la dernière heure. On pourrait presque ranger ces cas-là dans l'ouverture spontanée. Tel serait par exemple le cas de le Dervé que nous rapportons plus loin (obs. XCIV), et quelques autres qu'il est facile de relever.

Mais cette espèce se fait rare, et disparaîtra presque complètement à mesure que tous les chirurgiens seront convaincus de l'utilité grande qu'il y a à rechercher le pus profondément par des ponctions exploratrices précoces. C'est surtout dans les relations anciennes que l'on rencontre l'ouverture spontanée.

Ces ouvertures peuvent se faire dans la région hépatique, ou parfois à une distance plus ou moins considérable de l'organe.

La disposition des parois au niveau de l'hypochondre et l'isolement absolu du foie vis-à-vis de ces parois, font comprendre combien il est plus facile au pus de tomber dans la plèvre ou le péritoine que de venir s'ouvrir une voie à la peau. Si la marche du pus se fait à travers le thorax il doit franchir le péritoine hépatique, à l'aide d'adhérences qui comblent cette cavité, puis le diaphragme, puis la plèvre comblée aussi par des fausses membranes, et enfin le gril costal, et les parties molles sous-cutanées.

Chemin faisant le pus peut donc être détourné de sa voie :

1° Par l'insuffisance des adhérences péritonéales, et alors survient une péritonite purulente plus ou moins localisée;

2° Par la déclivité du diaphragme contre lequel le pus peut glisser, et alors se produisent des fusées purulentes vers la paroi abdominale ;

3° Par le voisinage du poumon dans lequel la migration peut s'établir ;

4° Par l'insuffisance des adhérences pleurales, d'où irruption dans la plèvre ;

5° Enfin par la résistance des côtes et des muscles qui peuvent soit former barrière, et contribuer à l'enkystement du pus, soit lui offrir des plans inclinés suivant lesquels il ira s'insinuer plus ou moins loin de son point de départ.

En fait il se produit alors le plus souvent un phlegmon de la paroi costale, et une ou plusieurs côtes se trouvant dénudées, on peut croire à des ostéites d'une cause différente.

Nous avons vu un cas de ce genre dans lequel un abcès hépatique spontanément ouvert à la peau, et recélant un fragment de côte nécrosé, fut d'abord considéré comme d'origine costale jusqu'à ce que les débridements et la résection de la côte eussent conduit à un meilleur diagnostic.

Parfois plusieurs côtes peuvent avoir été atteintes par le pus, ainsi que nous le disons au chapitre des complications.

Mais le pus peut se porter directement à la peau, si, partant des régions antérieures du foie, il se trouve mis en contact avec la bande de paroi abdominale immédiatement sous-jacente au bord costal. Là, il n'y a que le péritoine à franchir et les plans musculaires à traverser, sans fuser dans leurs interstices. Aussi est-ce surtout dans ces conditions que l'on pratique des ponctions faciles dans des voussures où la peau est amincie.

Comme on le voit, ces connexions multiples et compliquées peuvent détourner le pus de sa marche directe, et le faire fuser loin de son lieu d'origine. Portal racontait (1813) avoir trouvé dans un cadavre, destiné aux dissections anatomiques, un abcès du foie énorme qui s'était ouvert postérieurement entre les muscles lombaires et ceux de l'abdomen, et dont la matière purulente avait fusé le long des côtes jusqu'aux aisselles.

Sheukins, cité par Fauconneau-Dufresne, parle aussi d'un cas où le pus avait fusé vers les cuisses et les jambes, et avait provoqué un dépôt dont l'évacuation amena la guérison. On comprend qu'une fois introduit entre les couches musculaires, le pus du foie se conduit comme le pus de tout autre provenance. On aura alors des

abcès migrateurs dans les parois de l'abdomen, dans le muscle iliaque, ou le long du psoas, ou derrière le carré des lombes, etc...

Cette dernière variété est une des plus intéressantes parce qu'elle aboutit à un phlegmon tout semblable au phlegmon périnéphrétique et dont le diagnostic offre de grandes difficultés. On peut croire alors que le pus vient de l'appareil rènal, ou de la dernière côte, ou de la plèvre, ou même du rachis, et l'on ne songe guère au foie.

L'examen de la région malade fournit en général très peu de renseignements, et c'est par l'interrogation attentive des organes suspects, et de leurs fonctions, que l'on arrive à reconnaître la source du pus. On peut juger des obscurités extrêmes qu'il faut éclaircir, par la curieuse observation suivante :

Obs. LV (1). — M. C., ancien officier d'infanterie de marine, devenu chef de gare dans une station du midi de la France, vint un jour (août 1888), trouver l'un de nous pour se faire traiter d'une fistule siégeant à la région lombaire droite. L'orifice siégeait exactement à huit centimètres du rachis, et à moitié distance entre la dernière côte et la crête iliaque. Cette fistule était consécutive à un abcès qui fut ponctionné à la lancette, deux ans auparavant, la peau étant déjà très amincie. M. C., très éprouvé par plusieurs séjours aux colonies, avait eu la dysenterie et du paludisme. Il présentait un teint subictérique, une émaciation extrême, une dyspepsie et un affaiblissement progressifs, et une fièvre vespérale quotidienne qui complétait l'hecticité.

La fistule, dont le trajet remontait sous la dernière côte, laquelle était du reste dénudée, donnait passage à d'assez grandes quantités de pus, tantôt blanc et séreux, tantôt chocolat et fétide.

Ayant examiné attentivement le malade avec le docteur Thomas, nous discutâmes les diverses hypothèses auxquelles pouvait se rattacher une semblable affection. Il n'était pas probable que nous eussions affaire à une simple carie costale, et le malade, quoique cachectique et fébricitant, ne présentait aucun signe de tuberculose.

Le point de départ ne paraissait pas être rénal, car l'étude des urines ne dévoilait absolument rien.

L'examen du rachis mettait cet axe osseux hors de cause.

Enfin la plèvre était saine et l'auscultation ne révélait qu'un peu de tassement à la base du poumon.

Quant au foie, il était à peine plus volumineux qu'un foie normal, mais le malade se rappelait avoir eu de la *congestion du foie*. Nous restions donc en face de l'hypothèse d'une source hépatique, que les antécédents tropicaux et dyspeptiques, le teint subictérique, la couleur lie de vin du pus, rendaient très vraisemblable, à défaut de signes locaux positifs.

(1) Inédite.

Le 8 sept. — Une incision de 8 cm. faite verticalement sur le bord de la masse sacro-lombaire, permit d'arriver dans un clapier tapissé d'une membrane résistante, et contenant un fragment de la 12e côte, libre et nécrosé. A la partie supérieure de cette cavité, on trouvait un orifice qui permettait au doigt de franchir le carré des lombes et de se diriger en haut et en avant à travers le tissu cellulaire périrénal. Une incision fut alors conduite suivant la côte, formant un angle droit avec la première, et elle permit d'enlever toute la côte nécrosée, et d'explorer un conduit anfractueux qui plongeait vers le diaphragme. Une sonde en gomme élastique y pénétrait librement de près de 20 cent. L'indicateur qui s'y engageait avec peine, contournait le sommet du rein, qui paraissait sain, et en remontant atteignait le bord postérieur du foie. Celui-ci se présentait comme un organe convexe, dur, homogène, non limité par en haut. Le doigt, en suivant cette face convexe, percevait en même temps la face concave du diaphragme, montant presque verticalement, et donnant la sensation d'une cloison dépressible. Manifestement le doigt était engagé dans un abcès sous-diaphragmatique, et sus-hépatique. Il ne fut pas possible d'arriver à un point ulcéré de la surface hépatique.

L'opérateur cureta seulement la partie inférieure du trajet, n'osant pousser plus loin, et plaça un gros drain à fond, dans une longueur de 18 cent. Toute la partie inférieure de la plaie fut suturée.

Les suites de cette intervention furent très satisfaisantes. La fièvre tomba de suite ; l'appétit reparut et, quelques semaines après, M. C. avait repris toute sa vigueur et sa bonne santé. Malheureusement, il conserva une fistulette qui se ferma et se rouvrit plusieurs fois, et finit par lui coûter la vie deux ans plus tard. Nous apprîmes, en effet, un jour, qu'il venait de succomber brusquement, dans une ville du midi, où il s'était fixé. La mort avait suivi de quelques heures l'injection d'une petite quantité de naphthol camphré, que son médecin avait pratiquée dans le trajet fistuleux, afin d'en obtenir la guérison. Cette mort, qui survint au milieu de phénomènes convulsifs, resta inexpliquée.

Ainsi, le diagnostic de l'hépatite suppurée dans ces migrations lointaines, et en quelque sorte déviées de leur aboutissant naturel, peut rester à peu près impossible.

C'est par un ensemble de présomptions plus que par des signes positifs, que l'on pourra l'établir, et on ne le complètera souvent qu'au moment d'une opération, le début des manœuvres opératoires ayant toujours, dans ces cas obscurs, un but d'exploration. L'opération s'achève ensuite suivant les indications recueillies.

X. — Ouvertures spontanées multiples.

Souvent à l'ouverture spontanée d'un abcès du foie, par l'une des migrations que nous avons décrites, on voit succéder une

seconde ouverture par une autre voie, et même plusieurs autres. Cette issue multiple peut se faire, il est vrai, lorsque le foie contient plusieurs abcès ; mais l'on a pu aussi, dans certains cas, constater qu'un même abcès avait eu réellement plusieurs issues. Nous avons, à propos des péritonites circonscrites, cité une intéressante observation de Rouis (obs. XXXVIII), dans laquelle l'abcès, après s'être formé une loge dans l'épiploon, avait fini par s'ouvrir d'autre part à la peau, à l'aide d'une plaque de gangrène.

Graves (1) rapporte l'histoire d'un abcès qui s'était ouvert successivement dans l'estomac et dans le péricarde. Ce fait est si curieux, et la symptomatologie en est si intéressante, que nous le reproduisons en entier à la fin de l'ouvrage.

Wrigt (2) publie la relation d'un abcès rompu dans la plèvre et dans le péricarde. Un autre fait tout semblable a été fourni par Wickam Legg (3). Rayer (4) représente dans la planche XX de son atlas une collection hépatique survenue chez une femme de 45 ans, et qui s'était évacuée par le rein droit et par le duodenum.

On comprend que ces doubles migrations soient relativement faciles, un même abcès pouvant atteindre deux cavités voisines l'une de l'autre, comme dans les exemples ci-dessus. Il en est autrement pour les ouvertures qui se font par le thorax d'une part et d'autre part par l'abdomen. Ce sont alors le plus souvent deux abcès qui marchent en sens contraire. Tel est le cas de Catteloup (obs. 7), où deux abcès s'étaient ouverts l'un dans la plèvre, l'autre dans l'abdomen.

Dugarry (5) a décrit deux abcès ouverts l'un dans le péritoine et l'autre dans les voies biliaires. Enfin, dans les bronches et l'intestin, cette double migration n'est pas rare. Girard (6) a même récemment publié une observation d'après laquelle l'abcès s'ouvrit dans l'intestin, dans les bronches, et fut ensuite traité par l'incision.

Nous avons nous-mêmes recueilli bon nombre de faits de cette nature, par exemple celui de Clementi (voir obs. LXXXIV), où la migration s'était faite à la fois par les bronches et par le péritoine. L'autopsie nous démontra que c'était un abcès unique qui avait donné lieu à cette double issue.

(1) Graves. — Hepatic abscess opening... Dublin journal of med. scienees, 1839.

(2) Wrigt.—Abcess of the liver opening into pleura and perieardium. Edimbourg med. journal, 1857.

(3) Wickam Leeg. — Hepatic abscess opening, through the pericardium and pleura. Transactions of the pathologic soc. of London, 1873.

(4) Rayer. — Traité des maladies des reins.

(5) Dugarry. — Péritoine et voies biliaires. Bulletin anat., 1836.

(6) Girard. — Arch. méd. nav., 1889, t. XLII.

Dans le cas suivant il y eut guérison au moins apparente, après migration par le poumon et par l'intestin.

Obs. LVI (1). — Collas, adjudant d'artillerie de marine, a passé quinze mois au Tonkin, où il a été traité, en juillet 1888, pour fièvre intermittente et congestion du foie.

Le 15 oct., étant à l'hôpital d'Hanoï pour hépatite, il eut brusquement une vomique purulente caractéristique. Depuis, des vomissements de même nature se répètent souvent et n'ont cessé que dans ces derniers jours.

10 décembre. — Entre à St-Mandrier dans un état d'anémie très prononcé ; anorexie. Insomnie, douleur sous-occipitale droite. Température élevée le soir.

Le malade reste dans cet état précaire avec fièvre quotidienne pendant tout le mois de décembre.

Le 28. — On note qu'il est très faible, que l'expectoration est abondante et mélangée de crachats sanguinolents, qu'il y a toujours de la diarrhée et une fièvre modérée vers le soir.

Le sulfate de quinine n'a aucune influence sur cette fièvre.

Pendant le mois de janvier, la diarrhée persiste et même augmente. Il s'y joint le 15 de ce mois une crise hémorrhoïdaire. Quant aux crachats ils sont toujours purulents, mais très peu abondants.

Le 25 janvier. — Le malade a eu pendant la nuit deux vomiques contenant au moins 250 gr. de pus. On note alors que le foie ne déborde pas les fausses côtes, mais qu'il remonte à un centimètre au-dessus du mamelon.

Le 27 janvier, après de vives coliques, l'homme rend 5 selles liquides renfermant une notable quantité de pus chocolat.

Dès ce moment la fièvre tombe complètement, et le thermomètre, à partir du 30 janvier, se maintient constamment à 37°.

Les matières ont présenté encore les caractères du pus hépatique le 1er et le 3 février ; mais l'état général remonte rapidement ; l'expectoration est supprimée, et le 8 février on note une seule selle, moulée.

Le 19, le malade, très-amélioré, part en congé de convalescence.

Cette double migration, bronchique et intestinale est, malgré l'exemple précédent, le plus souvent funeste. Elle épuise le malade sans offrir toutes les garanties d'une complète évacuation et d'une désinfection rapide. Nous citerons, parmi les cas mortels, celui d'un officier, M. Bon, qui eut, après une dysenterie de Cochinchine, une hépatite soignée à Mytho, en 1876. Un premier abcès s'ouvrit dans les bronches et quand il commença à se tarir, une nouvelle issue se fit par l'intestin. Cet officier succomba dans le marasme à Saint-Mandrier, le 10 décembre 1876. On ne fit pas d'autopsie.

(1) Inédite.

Nous trouvons dans l'importante thèse de Leblond, une curieuse observation empruntée à la Lancet (1), où l'abcès du foie s'ouvrit successivement dans la plèvre, le poumon, le rein et le côlon. L'homme put guérir après toutes ces vicissitudes. En voici le résumé :

Obs. LVII. — Le 11 janvier 1889, un homme de 23 ans fut pris de frissons violents à Kandy, île de Ceylan. Il ressentit bientôt de vives douleurs dans la région hépatique, et une saillie, proéminant sous le rebord costal, indiqua la présence d'un abcès du foie. Il fut ouvert le 1er février, et 12 onces de pus furent évacuées.

Malgré cette incision et un bon drainage, la température resta élevée à 102 F. La plaie du reste était cicatrisée le 1er mai. On constata alors un épanchement pleural à droite, et l'on en retira, le 16 mai, par une ponction, 27 onces de sérosité claire. L'auteur pense que cet épanchement pleural était dû à l'extension de l'inflammation du foie à travers le diaphragme.

La fièvre continuant, les ponctions furent renouvelées ; mais le 21 mars du pus ayant été retiré par une ponction exploratrice au niveau du creux de l'aisselle, on fit un empyème avec résection d'un fragment de la sixième côte. Larges irrigations et drainage. Résultat immédiat satisfaisant. Temp. normale depuis ce moment pendant plusieurs semaines.

Le 16 mai, pendant le lavage de la cavité, le malade fut pris brusquement d'un violent accès de toux, et ressentit le goût d'acide phénique. Deux jours après l'expectoration devint fétide, et l'on admit que l'abcès s'était ouvert dans le poumon.

Pendant plusieurs mois, le malade, quoique amélioré, resta soumis à des accès de fièvre ; la fistule ne se ferma point ; et il se fit souvent des rétentions de pus qui nécessitaient la dilatation de l'orifice, le drainage, etc. L'expectoration restait rouillée. En novembre, très affaibli, le malade fut pris de diarrhée, d'hématurie et d'albuminurie. Les urines contenaient du pus et des éléments anatomiques du foie. Il survint d'abord une cystite qui guérit par des injections de la vessie, puis une ischurie qui causa des accidents généraux très graves.

En même temps les selles contenaient du pus hépatique, signe d'une ouverture d'abcès dans le côlon.

Malgré toutes ces complications, l'homme finit par guérir ; il conserva longtemps une fistule costale, et dut subir l'ablation d'un fragment de côte qui s'était nécrosé.

Les migrations diverses qui peuvent se succéder chez un hépatique ne sont pas seulement intéressantes au point de vue de l'évolution de ces redoutables abcès. Elles peuvent encore nous fournir des données utilisables au point de vue des indications opératoires. Il est facile de constater qu'une issue par un des organes voisins

(1) Roughton. — Lancet, 1891, vol. II, p. 4 . .

peut rester inefficace pour la guérison définitive. La température vespérale indiquera toujours si l'abcès se vide suffisamment, ou s'il persiste un clapier d'infection. Or, dans des cas semblables, lorsqu'une première ouverture dans les bronches par exemple n'apporte pas grande chance de guérison, on voit parfois une seconde ouverture dans le rein ou dans l'intestin, compléter l'élimination du pus, faire tomber la fièvre, et assurer le salut.

L'étude de ces observations nous conduit par analogie à affirmer la nécessité d'une recherche chirurgicale du pus toutes les fois qu'après l'ouverture spontanée, l'état des forces, l'amaigrissement, la fonction digestive, et surtout le tracé de température, indiqueront qu'il existe soit des abcès multiples, soit un abcès mal évacué.

En outre la variété de la migration pourra favoriser le diagnostic du siège de l'abcès. Nous reviendrons du reste sur cette question à propos des indications opératoires (chap. XI).

Enfin il est encore entre les ouvertures et les évacuations chirurgicales une relation intéressante, mais d'ordre inverse. C'est celle qui consiste dans l'apparition d'une migration spontanée quelconque, aussitôt après une opération. Il n'est pas rare de voir une hépatite suppurée, demeurée longtemps latente, s'ouvrir brusquement dans l'intestin ou le poumon, peu d'heures ou peu de jours après que le chirurgien a réussi à évacuer par incision un volumineux abcès du foie.

Un exemple intéressant de ce fait fut observé chez le capitaine Jacq, dont nous rapportons l'histoire au chapitre du traitement chirurgical. Dans ce cas et dans quelques autres on ne peut nier que l'issue spontanée ait été provoquée par l'évacuation chirurgicale.

Comment cela peut-il se produire ? Supposons que le foie, très distendu par un énorme abcès de la face convexe, présente en même temps un abcès superficiel de la face concave. Or, nous savons que l'ouverture de l'abcès supérieur amène un retrait immédiat et considérable de la glande hépatique. Ce retrait est tel que dans un cas où l'autopsie suivit de 3 ou 4 jours l'opération, nous avons vu un abcès qui avait contenu 4 litres de pus, déjà réduit au volume d'une orange. Mais dans cet affaissement brusque, le foie tout entier subit un mouvement de retrait, et comme de tassement, et par suite l'abcès superficiel, non encore ouvert, sera comprimé par ses bords et sa paroi profonde. Il bombera, et sa paroi superficielle, si elle est amincie, se rompra sous l'effort, et en versera le pus dans la cavité voisine.

Tel est le mécanisme de cette succession de faits.

CHAPITRE VIII

ANALYSE DES SYMPTÔMES

Habitude extérieure

Quoique le contraire ait été écrit, elle ne fournit aucun signe absolument caractéristique. Il est, par exemple, impossible de souscrire sans restriction à l'opinion de Van Leent (1), qui déclare « spécifique » ou encore « pathognomonique » certain aspect *blanc mat* de la conjonctive indiqué par Sachs et comparé, par ce médecin, « *à de la cire pas tout à fait blanche.* »

L'apparence *nacrée* des yeux, signalée par Cambay, dans la dysenterie chronique compliquée d'hépatite suppurative, n'est pas un symptôme moins banal, en admettant qu'il convienne de faire une différence entre ce signe et celui que Sachs a représenté par la comparaison ci-dessus.

Quant à la *pâleur ictérique* décrite par Dutroulau, c'est une donnée clinique plus importante ; nous aurons à y revenir.

Le *décubitus*, dans l'inflammation suppurative du foie, est, le plus souvent, dorsal avec flexion des jambes sur les cuisses et des cuisses sur l'abdomen ; mais la même attitude s'observe dans la dysenterie aiguë, quand les coliques sont très vives. Dans les deux conditions, elle est prise instinctivement par le malade pour obtenir le relâchement des muscles abdominaux. Le décubitus dorsal offre, cependant, dans l'hépatite, ce caractère particulier qu'il s'accompagne d'incurvation latérale droite, comme si le patient se pelotonnait autour de son foie enflammé.

(1) Analyse du traité de Sachs. Loc. cit.

Au début de la maladie, ou plus tard quand l'inflammation a gagné la capsule de Glisson, le décubitus latéral droit est très mal supporté à cause de la douleur à la région hépatique. Les malades ne le préfèrent et ne l'adoptent comme position habituelle que dans les cas d'abcès volumineux développant le foie vers la gauche en refoulant l'estomac et le cœur.

L'abcès formé, le décubitus latéral gauche devient pénible, par ce que, conformément à la remarque de Sachs, l'organe, alourdi, descend de droite à gauche et tiraille ses ligaments suspenseurs.

Le décubitus dorsal est donc celui qu'on observe le plus souvent(1).

Ce qui a lieu pour la pleurésie à vaste épanchement, se passe pour l'hépatite à gros abcès, dans la *station* assise ou verticale; l'épaule droite s'abaisse et la colonne vertébrale subit une courbure latérale dont la convexité est tournée du côté sain (Haspel).

Appareil digestif

I. — Langue

Van Leent qui, décidément, se contente de peu en matière de caractéristique, veut que, dans l'hépatite suppurée, la langue offre un aspect tout spécial « *qu'on ne rencontre dans aucune autre maladie* ». Or, dit-il, la langue est « *pâteuse, épaisse et humide.* » Voilà, ce nous semble, beaucoup de bruit pour une séméiotique bien vulgaire.

La vérité est que l'état de la langue est variable aux diverses époques de la maladie ou suivant ses formes cliniques et ne présente jamais rien qui appartienne en propre à l'hépatite. Elle est souvent saburrale dans l'hépatite aiguë accompagnée de symptômes gastriques prononcés, fréquemment rouge et dépouillée chez les dysentériques, parfois noire, fuligineuse, typhoïde, à la période ultime des hépatites qui se terminent par la mort.

II. — Estomac et Intestin.

Les nausées et les vomissements bilieux sont habituels dans l'hépatite aiguë.

On observe, dans l'hépatite sub-aiguë et chronique, un état

(1) Et habentes quidem apostemata hepatis proprie calida et magna, non possunt dormire super latus dextrum. Et gravat eos dormire super latus sinistrum, propter tensionem apostematis ad inferiora; imo plurima inclinatio eorum est ad dormiendum resupine (Avicenne).

permanent de dyspepsie gastro-intestinale avec diminution de l'appétit, lenteur des digestions, distension épigastrique après le repas, renvois nidoreux, pyrosis, etc.

On admet, généralement, que les troubles stomacaux prédominent dans l'hépatite de la face concave et l'on cite des observations d'abcès du lobe de Spigel où furent notés des vomissements réellement incoercibles; un fait positif c'est que ces symptômes ont une tendance marquée à se manifester, quand l'enveloppe fibro-séreuse du foie est prise, en un mot, quand il y a *périhépatite* concomitante.

Dans l'hépatite primitive, les fonctions intestinales s'accomplissent le plus souvent d'une façon irrégulière ; une constipation opiniâtre y alterne avec de la diarrhée. Dans l'hépatite consécutive à la dysenterie, l'état des selles dépend de l'affection intestinale. La dysenterie est-elle aiguë, la suppression des selles marque ordinairement le début de l'hépatite ; elles reparaissent un peu plus tard et persistent avec leur caractère spécial de crachats pneumoniques, masses rougeâtres plaquées de vert bouteille, liquides lavûre de chair ou sauce tomate, etc. Dans la dysenterie chronique les matières alvines se présentent communément sous l'aspect de purées grisâtres ou café au lait.

III. — Foie. — Région hépatique.

Les signes qui en dépendent peuvent être distingués en signes physiques et troubles fonctionnels.

Signes physiques. — Ils sont fournis par l'inspection, la palpation, la pression, la percussion, la mensuration, l'auscultation. Leur série comprend : 1° l'augmentation de volume du foie ; 2° la tuméfaction de la région hépatique ; 3° le redressement des côtes ; 4° l'élargissement des espaces intercostaux ; 5° le frottement périhépatique ; 6° l'œdème pariétal ; 7° la fluctuation ; 8° la tension de la portion supérieure du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit.

1° *Augmentation de volume du foie.* — Elle intéresse la glande dans sa totalité ; mais les territoires où siègent les collections purulentes sont toujours plus développées que les parties non abcédées. La congestion contribuant, pour une très large part, à sa genèse, cette augmentation *générale* du volume du foie n'est pas absolument irréductible, de sorte que, dans certains cas d'abcès à évolu-

tion chronique, elle peut s'atténuer et disparaître peu à peu pour ne laisser subsister que la modification *partielle* directement imputable à l'abcès. On comprend, dès lors, qu'avec cet abcès, s'il est unique et central, puisse ne coïncider aucun changement bien net dans le volume du foie. Le fait est rare, sans doute, mais il suffit qu'il soit possible pour qu'on doive le noter et, le cas échéant, en tenir compte dans les opérations diagnostiques.

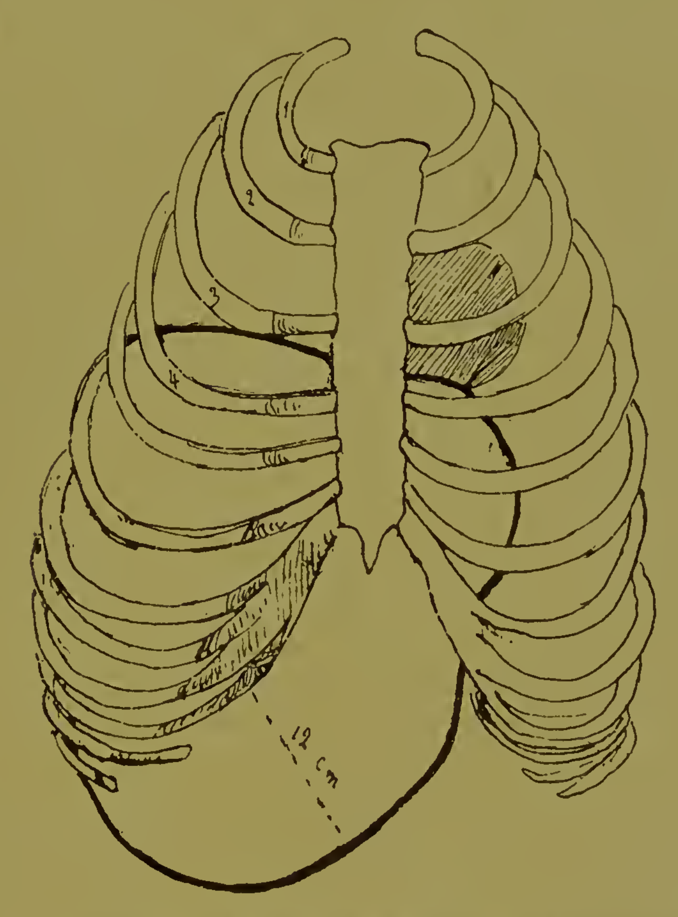


Fig. 1. — Rapports du foie avec la paroi thoraco-abdominale, au cas d'un abcès central volumineux.

Habituellement, la percussion, méthodiquement pratiquée, démontre une exagération de la matité hépatique dans tous les sens, mais surtout dans le sens vertical où ses limites extrêmes sont : en haut, le troisième espace intercostal ; en bas, la crête iliaque (Dutroulau). Le développement du foie est maximum à l'hypochondre droit, si l'inflammation suppurative affecte le lobe correspondant ; il prédomine à l'épigastre, dans les cas d'abcès du lobe gauche. Il n'est pas rare de voir, dans ces dernières conditions, les dimensions du foie s'accroître dans le sens transversal, bien au-

delà de la ligne médiane, jusqu'à l'hypochondre gauche. La figure ci-contre (1) montre le développement du foie dans le cas d'un abcès central volumineux (obs. CV.)

La percussion hépatique sera pratiquée, le sujet debout ; et le sujet dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs fléchis, respirant aussi largement que le permettront certaines conditions pathologiques (douleur, dypsnée, refoulement du diaphragme, etc.). On procèdera toujours des parties sonores vers la zone mate, en considérant comme domaines du territoire hépatique les régions de submatité et l'on prendra la moyenne des résultats obtenus dans les deux positions.

Dans la plupart des cas d'hépatite suppurée, le développement du foie est tel que cette moyenne sera notablement supérieure, suivant toutes les lignes, aux plus élevées des moyennes physiologiques accusées par les tableaux plessimétriques des auteurs (2).

La percussion dans le décubitus dorsal sera utilement complétée par la palpation qui fera souvent percevoir, soit au-dessous des arcs costaux, soit à la région épigastrique, une résistance exagérée du bord antérieur du foie et permettra de constater que la main ne peut plus pénétrer sous les fausses côtes, comme cela se pratique dans l'état sain avec assez de facilité (Dutroulau).

2° *Tuméfaction de la région hépatique.* — Cette région bombe, refoulée en masse par le développement du foie. Il est facile de s'en rendre compte à la simple inspection ; l'application du ruban métrique (3) et la cyrtométrie le prouvent, d'ailleurs, d'une façon péremptoire.

Une saillie circonscrite, une voussure, apparaît peu à peu sur cette tuméfaction générale et finit par s'en détacher plus ou moins nettement, quand un abcès s'est formé et qu'il tend vers l'extérieur à travers la paroi thoraco-abdominale.

3° *Redressement des côtes.* — Refoulée par le développement progressif du foie, la base de l'hémi-thorax s'amplifie d'arrière en

(1) p. 359.

(2) Celles de Monneret : Ligne axillaire 10 c. 57,— mamillaire 12 c. 64,— médiane 5 c. 62. — La moyenne de Frerichs est très différente : Ligne axillaire 9 c. 36 — mamillaire 9 c. 5, — sternale 5 c. 82. Il est vraisemblable que les hauteurs de la zone d'absolue matité sont seules comprises dans les mesures de cet auteur, alors que les chiffres de Monneret expriment ces dimensions dans les deux zones de submatité et de matité.

(3) Ne pas oublier que *normalement* le côté droit est plus développé que le côté gauche, d'environ deux centimètres.

avant et de dedans en dehors; les côtes se redressent et tendent à passer, de leur obliquité physiologique, à la position horizontale.

4° *Elargissement des espaces intercostaux.* — En même temps, les espaces intercostaux s'élargissent.

Il est singulier que ce symptôme, qui est un bon signe d'abcès du foie, ne figure pas dans les descriptions classiques (1) et qu'il n'en soit fait mention dans aucun travail français ou étranger antérieur à l'édition du traité de Sachs (2). Son importance séméiotique est aujourd'hui reconnue, et la plupart des écrits publiés, sur la question de l'hépatite suppurative, dans les quatorze ans écoulés depuis cette époque, l'inscrivent, au premier rang, dans la série symptomatique.

Les côtes sont très rapprochées à l'état normal, et c'est à peine si leurs intervalles admettent l'extrémité unguéale de l'index.

Dans l'hépatite suppurée, les espaces intercostaux sont suffisamment élargis, notamment à partir des 7e et 8e côtes, pour que le pouce tout entier s'y loge transversalement.

5° *Frottement péri-hépatique.* — Les grands abcès engendrés par l'hépatite endémique ont leur siège primitif dans les parties centrales du foie.

Lorsqu'ils arrivent, par les progrès de leur développement, au contact des couches superficielles du parenchyme, ils provoquent, le plus souvent, une péritonite adhésive qui fixe la capsule de Glisson au diaphragme, à la paroi costo-abdominale et aux viscères voisins.

Cette *péri-hépatite* a, pour signe fonctionnel, un surcroît de douleur et de dyspnée ; pour signe physique, un gros *frottement* ou *bruit de cuir*, perceptible à la palpation et, surtout, à l'auscultation de l'hypochondre droit ou de l'épigastre, selon le siège de l'abcès au lobe droit ou au lobe gauche du foie.

Un chirurgien de Madras, J. Malcomson (3), est, croyons-nous, le premier auteur qui ait indiqué ce signe physique, dans l'hépatite des pays chauds. C'est, pour lui, « un frémissement entendu par l'auscultation et senti par la main ». Mais, peut-être, s'est-il

(1) Dutroulau écrit seulement (op. cit., p. 651) que « les reliefs de la base de la poitrine et des espaces intercostaux sont modifiés ou même effacés. »

(2) 1878.

(3) *On a peculiar symptom occuring in some cases of enlarged liver.* (Méd. chirurg. transactions of London, XXI, 1838), cité par J. Simon. Art *foie* du Dictionnaire de Jaccoud.

mépris sur sa signification et son origine, puisqu'il croit devoir, sans autre explication, l'attribuer à la tuméfaction du foie.

La remarque clinique de Malcomson a dû passer inaperçue, car la littérature médicale exotique de toutes les nations européennes est muette sur ce sujet jusqu'en 1878. A cette époque, le traité de Sachs donne, de l'élément séméiotique qui nous occupe, une description précise, en détermine le mécanisme, et *le considère comme applicable au diagnostic de l'abcès.* Commentateur de cet ouvrage, le Dr Van Leent, de la marine néerlandaise, écrit, en effet, dans nos *Archives de médecine navale* : « Dans le cas où l'abcès du foie se trouve situé à la surface et touche au péritoine, non seulement l'oreille mais la main légèrement appuyée perçoit, pendant un temps plus ou moins court, le *bruit de frottement péritonéal.* Ces conditions, pour provoquer le bruit de frottement, sont on ne peut plus favorables ; seulement le contact doit s'accomplir lentement, et les adhérences ne doivent pas être de formation trop récente. Nous avons alors un organe résistant, le foie, à surface rugueuse par suite de l'exsudation fibrineuse et qui, aux mouvements de la respiration, frotte sur la paroi abdominale opposée, rigide par suite de la tension exagérée. »

Dans les quelques années qui suivent, les médecins anglais de Shanghaï et du service des douanes chinoises, Henderson (1), Stromeyer-Little (2) et Patrick Manson (3) recherchent méthodiquement

(1) Nombreuses observations: *Peritoneal adhesions in trop. absc. of the liver.* Lancet, 1880, vol. II. — *Trop. absc. of the liver ; its treatment by antiseptic incision.* Lancet, 1882, vol. II.— *A case of liver absc.* Lancet, 1883, vol. II.

(2) Les deux premières observations de notre camarade le Dr Ayme (*Note sur le traitement des abcès du foie à l'hôp. de Shanghaï*), sont très explicites sur ce point, encore que le fait clinique y soit mentionné sans commentaires : « Pas de bruits de frottement perceptibles dans les inspirations exagérées » (Obs. I) — « Dans les fortes inspirations, on entend un bruit de frottement des deux cotés de la ligne axillaire antérieure » (Obs. II).

(3) « Le grand secret d'un diagnostic heureux de l'abcès hépatique est de le soupçonner. Il n'y a pas de symptôme ou groupe de symptômes pathognomonique. Mais l'emploi systématique du thermomètre clinique ; la percussion fréquente, le tracé (*mapping out*) et la mensuration de la matité du foie ; l'application du stéthoscope sur le bord inférieur de la région hépatique et *sur le foie lui-même*, à la recherche de la crépitation pneumonique, du frottement pleural, ou du frottement péritonéal (*peritoneal friction*) ; l'inspection de la langue et des matières excrétées ; le décubitus du patient ; l'état de sa peau et de sa respiration, ainsi que son état mental, tout cela joint à une étude attentive de l'histoire du cas, apportera généralement un ensemble de signes et de symptômes susceptible de conduire à un diagnostic correct » (*On the operative treat. of hepatitis and hep. absc.* China. Imperial. maritim Customs. Med. Reports for the half. Year ended 30 september 1883.)

ce bruit péritonéal et, dans leurs relations médicales, l'inscrivent sous la rubrique « *peritoneal friction* », « *peritoneal friction sound* », « *coarse peritoneal friction sound* », alors que l'on continue à le passer sous silence en Angleterre, aux Indes Anglaises, en Allemagne et en France.

Nous n'entendons point, par ce dernier mot, que le *frottement péritonéal* fût, chez nous, chose inconnue, puisque Laënnec, Piorry (1), Desprès (2) et nombre d'autres auteurs l'ont étudié, puisqu'on le décrit partout comme le signe caractéristique de la péri-hépatite quand il est perçu au niveau du foie ; puisque Barth et Roger lui consacrent tout un paragraphe du chapitre *auscultation de l'abdomen* dans leur magistral *Traité d'auscultation et de percussion*, et, même, insistent sur les services que la constatation de ce phénomène clinique pourrait rendre au chirurgien qui opèrerait un abcès du foie par le procédé de Récamier.

Mais, en 1890, quand l'un de nous (3) reprit et développa certaines considérations déjà présentées, sur ce sujet, dans la thèse d'un de ses élèves (4), la plupart des nombreux travaux didactiques publiés, en France, sur l'hépatite des pays chauds, la dysenterie endémique et la pathologie coloniale, le négligeaient absolument, *en tant que signe d'abcès du foie*, et les rares ouvrages qui s'en occupaient, ou ne lui accordaient qu'une mention des plus sommaires (5) ou le déclaraient illusoire (6) ; et, comme ce frottement, généralement omis dans les descriptions pathologiques, n'était pas davantage recherché cliniquement, l'abstention des praticiens équivalait, sur ce point, au silence des auteurs.

(1) *De la percussion médiate*. Paris. 1828.

(2) Thèse de Paris, 1840, et communication à la Soc. Anat., 1844.

(3) L. E. Bertrand. *Frottement péri-hépatique et abcès du foie*. Note lue à l'Ac. de méd., 4 mars 1890, et mémoire in Gaz. hebdomad., 4 octobre 1890.

(4) Oromi. *Quelques réflexions sur un cas d'hépat. supp.* Montp., 1889.

(5) J. Simon. Art. *foie* du Dict. de Jaccoud. — Corre. *Traité clinique des maladies des pays chauds*. Paris, 1887.

(6) F. Roux. *Traité pratique des maladies des pays chauds*, vol. II, 1887. Quelques mots des thèses de doctorat de Long (*Des diverses méthodes de traitement des abcès du foie*. Montp., 1884), Caravias (*Traitement des collect. purul. du foie par incision large et antiseptique*. Paris, 1885), et Gauran (*Contribut. à l'étude de l'hépat. supp.* Bordeaux, 1887), représentaient, par ailleurs, toutes les indications relatives à la question. J'ai eu, pour la première fois, l'occasion de constater l'existence du frottement péri-hépatique, dans l'hépatite suppurée, en 1885, à l'hôpital maritime de Brest, sur un malade de mon service, porteur d'un abcès du foie diagnostiqué. Gauran a donné une relation incomplète et inexacte de cette observation. J'ai rétabli les faits cliniques dans mon mémoire : *Relevé statistique*, etc. Revue de chirurg., août 1890, p. 634 et 635 (Bertrand).

C'eût été tant pis pour le symptôme, si, avec les données dont il dispose, le diagnostic des abcès du foie était toujours facile et sûr. Mais, dans la plupart des cas, le médecin, désireux d'intervenir à temps, c'est-à-dire de bonne heure, sans attendre la fluctuation ou seulement l'œdème de la paroi, soupçonne, plus qu'il ne l'affirme, l'existence du pus hépatique et, jusqu'au jour où il en appelle à la ponction exploratrice, établit ses présomptions sur les commémoratifs (séjour colonial et dysenterie) autant que sur les symptômes présentés par le malade au moment de l'examen.

Les difficultés étant telles, un signe clinique de plus n'est pas à dédaigner. Nous croyons donc que, fréquemment, le diagnostic gagnerait à ce que l'élément séméiotique, dont il est question dans ce paragraphe, ne fût pas aussi négligé.

Le frottement peri-hépatique est perçu par l'oreille et par la main appliquées sur la région hépatique, épigastre ou, plus souvent hypochondre droit au niveau du septième ou du huitième espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure, siège qui en établit l'origine péritonéale.

On pourrait, il est vrai, quand il s'agit d'une hépatite du lobe droit et que le bruit de frottement est perçu à l'hypochondre, objecter, à cette localisation, que le cul-de-sac formé par la plèvre pariétale *(sinus costo-diaphragmatique)* atteint aux dernières côtes et, en conséquence, admettre que le frottement procède d'une inflammation pleurale.

Mais deux conditions se présentent qui, à notre avis, rendent peu plausible une telle interprétation : l'oblitération du sinus par accolement de ses feuillets, constante lorsque l'abcès, parvenu à la surface du foie, a déterminé des adhérences ; et ce fait que, normalement, même dans les inspirations énergiques, la base du poumon droit, coiffée de la plèvre viscérale, ne descend pas, *en avant*, aussi bas que le point qui correspond au maximum du frottement.

Cependant, nous n'affirmons pas que, jamais, la plèvre ne participe à la genèse de ce bruit; car il arrive qu'on le perçoive *tout d'abord* en arrière, à la base de l'hémithorax droit, c'est-à-dire en une région où les rapports du poumon avec la paroi thoracique sont, dans le sens vertical, plus étendus qu'en avant, et qu'on rencontre, à l'autopsie, autant ou même plus de pleurésie diaphragmatique que de péri-hépatite.

C'est pourquoi nous trouvons l'expression frottement *péri-hépatique* préférable au terme exclusif de frottement *péritonéal.*

Mais ce procès de pathogénie est, au fond, sans importance ; le

bruit, en effet, fût-il partiellement pleural, au cas d'abcès du lobe droit, la signification du symptôme ne serait en rien changée, puisque la pleurésie sèche qui contribuerait à le produire, serait, elle-même, une suite ou une complication de la péri-hépatite.

L'inflammation circonscrite et adhésive du péritoine reste donc, dans tous les cas, la raison essentielle du frottement, et comme elle représente, dans les circonstances actuelles, une lésion secondaire, il est évident que l'apparition de son phénomène révélateur permettra d'affirmer l'abcès, *si les commémoratifs et les symptômes observés se* rapportent à l'hépatite. Hésitant ou non, le diagnostic sera, dès lors, confirmé par la constatation de ce signe, d'autant plus important à recueillir qu'il peut précéder, de plusieurs jours, l'œdème de la paroi.

Le frottement péri-hépatique ne concourt pas seulement au diagnostic de l'abcès. Il est, de plus, la preuve formelle que le foie se trouve fixé à la paroi abdominale par l'intermédiaire du péritoine. A ce titre il constitue encore un renseignement de valeur, surtout pour les chirurgiens qui, toujours préoccupés par la question des adhérences, ont cru devoir modifier la méthode dite de Stromeyer-Little et ne plus inciser qu'en deux temps.

Nous pensons, contrairement à l'assertion du Dr Sachs, que les adhérences récentes ou, plus exactement, que le processus exsudatif qui les prépare représentent la condition la plus propice pour l'apparition du frottement. L'évolution des lésions en était à ce point chez un malade observé par l'un de nous (1) et nous pouvons citer, à l'appui de notre opinion, ce passage du *Traité d'auscultation* de Barth et Roger : « Il est des cas, cependant, où le frottement peut devenir un signe capable de guider le praticien dans le diagnostic et le traitement de certaines affections situées au dedans ou au dehors de la cavité du péritoine. Supposons qu'on veuille ouvrir un abcès ou une tumeur hydatique du foie et que, d'après le procédé de Récamier, l'on ait cherché à développer artificiellement, entre la tumeur et les parois de l'abdomen, des adhérences, sans lesquelles l'opération ne saurait être faite sûrement, la manifestation d'un frottement local serait un signe favorable, *en annonçant le travail d'exsudation qui précède la formation des adhérences ; et sa cessation au bout de quelques jours indiquerait d'une manière assez certaine que l'adhérence est complète* et que le chirurgien peut enfon-

(1) *Frottement péri-hép. et abcès* du foie. Obs. III.

cer un bistouri dans la tumeur sans craindre qu'il se fasse un épanchement dans la cavité du péritoine. »

Dans l'observation à laquelle nous venons de faire allusion, la relation nécropsique qualifie, en effet, de *glutineuses* et *sans résistance*, les adhérences constatées. Il semblait que les surfaces séreuses, un peu plus humides que normalement se fussent simplement *happées* l'une l'autre, et l'on put les séparer sans la moindre difficulté.

Le maximum du frottement péri-hépatique correspond enfin, comme siège, au maximum de la douleur. C'est presque toujours en ce point que l'œdème pariétal commencera à se montrer et qu'on sera conduit à pratiquer la ponction exploratrice, si le chirurgien n'a pas cru devoir, ou n'a pas pu intervenir de meilleure heure.

De l'étude qui précède, on peut tirer cette conclusion que, chez les malades *supposés atteints d'hépatite suppurée*, il faut ausculter non seulement l'appareil respiratoire, afin de ne pas être surpris par une migration thoracique du pus, mais encore, et surtout, le foie, ou, si l'on préfère, le péritoine, pour diagnostiquer l'abcès lui-même.

5° *Œdème pariétal.* — C'est un indice de suppuration, aussi net et aussi probant dans l'hépatite que dans la pleurésie, et l'on peut être sûr, quand on l'observe, que des adhérences existent entre le foie et la paroi thoraco-abdominale.

6° *Fluctuation.* — La voussure et la fluctuation marquent la dernière étape du pus, dans sa progression vers la surface cutanée. Ce signe et le précédent sont des arguments cliniques péremptoires. Malheureusement, il est tard au moment où ils se montrent, et, comme nous l'avons dit, le praticien au courant de la pathologie coloniale actuelle devrait avoir déjà son siège fait quant au diagnostic de l'abcès et à l'opportunité de la ponction capillaire comme prélude d'une opération plus complètement chirurgicale.

7° *Tension de la portion supérieure du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit.* — Morehead (1) a contesté la valeur clinique de ce symptôme présenté par Twining comme un signe d'abcès profond.

Troubles fonctionnels. — 1° *Douleur locale.* — On peut, sans artifice analytique, la dissocier en deux éléments : une sensation de poids et de tension ; une douleur intense, à laquelle s'appliquent

(1) Op. cit. T. II, p. 60.

les épithètes de poignante, exacerbante, térébrante, déchirante, etc. La première est d'origine centrale. La seconde provient de lésions intéressant les régions superficielles du foie, la capsule de Glisson et le péritoine péri-hépatique ; elle est souvent vive au point d'arracher des cris au malade et de troubler son sommeil ; la pression, la palpation, le simple frôlement, la respiration et la toux l'exaspèrent (1).

Les deux impressions coexistent dans l'hépatite suppurative aiguë, alors que la congestion inflammatoire est partout dans le foie, dans sa profondeur et à sa surface.

Dans l'hépatite chronique, la sensation de poids peut se montrer seule ; il est même possible que les malades n'éprouvent *spontanément* rien d'anormal, à la région hépatique, quoiqu'alors une pression forte et perpendiculaire à la paroi, soit dans un espace intercostal, soit au niveau de l'épigastre, réussisse, ordinairement, à déterminer une douleur qui, par la fixité de son siège et la constance de son apparition à chaque examen, devient un bon signe d'abcès central et marque le lieu d'élection pour la ponction exploratrice. L'indication que fournit cette douleur provoquée est même assez nette pour qu'on soit en droit d'en conclure à l'existence de plusieurs abcès, quand elle se manifeste en plusieurs foyers distincts.

L'explosion d'une douleur offrant le caractère de violence que nous avons signalé, dénote, dans cette variété de l'hépatite suppurée, la participation progressive des couches hépatiques les plus externes, au processus inflammatoire. Elle peut être le premier symptôme bien évident d'un abcès hépatique, et, comme dans le cas de Morehead, faire croire au début d'une hépatite primitivement aiguë.

2° *Douleurs sympathiques.* — La douleur locale de l'hépatite s'accompagne d'irradiations dont la plus commune et la mieux connue, signalée dans les descriptions des auteurs les plus anciens, occupe le moignon de l'épaule droite, d'où elle gagne vers le cou (*ad jugulum*), vers la clavicule qu'elle semble tirailler (Galien), vers le bras et la main (2).

Elle consiste tantôt en une sorte d'engourdissement, tantôt en

(1) « Quando acciderit in jecore tumor, et scire cupias si is tumor fuerit in carne jecoris, vel in tunicà ejus : equidem si fuerit in carne jecoris, invenies infirmum gravitatis sensu et dolore minime acuto laborantem. Quod si in tunicà jecoris, cum dolore erit acuitas fortis (dolor erit acutior valde) » (Albucasis).

(2) Manus quoque dextra torquetur (Celse),

une douleur très vive, térébrante ou lancinante, et se manifeste par accès ou demeure permanente avec des rémissions variables (Corre).

Dans quelques cas, la douleur s'étend sans interruption du foie à la région sus-claviculaire droite et semble brider verticalement la face antérieure de l'hémi-thorax. Les malades la comparent alors à la sensation que procure une bretelle trop serrée (1).

La *scapulalgie* est loin d'avoir, dans l'hépatite suppurative, la signification diagnostique qui lui a été attribuée; car elle se montre dans d'autres maladies telles que la pleurésie diaphragmatique, la congestion du foie, la colique hépatique ; et, d'autre part, fait souvent défaut dans l'hépatite suppurée (2), même quand l'inflammation intéresse la face convexe de l'organe, condition la plus favorable à sa manifestation (3). Son absence n'infirme donc point l'hypothèse d'une collection purulente du foie et le diagnostic doit savoir compter sans elle, bien que sa présence constitue un renseignement clinique de premier ordre, quand les autres symptômes observés mettent en cause l'hépatite.

Il est tout à fait exceptionnel que la douleur de l'épaule existe seule, c'est-à-dire à l'exclusion de la douleur hépatique. Elle est quelquefois d'une ténacité remarquable et peut durer longtemps encore après la disparition des autres signes du début (Dutroulau).

On est surpris de rencontrer, dans tant d'écrits contemporains, une interprétation erronée du mécanisme pathologique de la scapulalgie provoquée par l'hépatite, quand on voit Portal, dès les premières années du XIXe siècle, l'attribuer à la « communication des nerfs diaphragmatiques avec les nerfs du plexus cervical qui se répandent dans l'épaule et dans le bras. » Les nerfs phréniques tirant leur origine de la quatrième paire cervicale, et le phrénique droit, comme l'ont démontré les recherches anatomiques de Luschka et de Sappey, envoyant un filet à l'enveloppe fibro-séreuse et à la substance propre du foie, la seule explication exacte est, évidemment, celle qui incrimine la réflexion scapulaire d'une impression transmise par ce nerf, quelle que soit par ailleurs la nature du travail morbide initial, simple excitation névralgique ou névrite propagée.

(1) On pourrait donner à cette variété de douleur irradiée, le nom de *douleur en bretelle*.

(2) Nous ne perdrons pas notre temps à rechercher, dans les tableaux statistiques des auteurs, ou dans notre recueil d'Observations cliniques, le pour cent des cas dans lesquels elle a été notée ou a manqué.

(3) La douleur de l'épaule est très rare dans les phlegmasies de la face concave; mais on peut l'y constater.

La douleur sympathique de l'épaule n'est pas, dans l'hépatite suppurée, le seul trouble sensitif que l'on puisse rencontrer à distance de l'organe affecté. Des sensations analogues sont parfois accusées par les malades, au sacrum, vers les lombes, en divers points de l'abdomen, mais surtout dans l'espace qui sépare le rebord des fausses côtes de la crête iliaque du côté droit, sans qu'il y ait phlegmasie péritonéale concomitante (Dutroulau).

IV. — Rate et Pancréas.

Ces deux organes ne contribuent point à la symptomatologie de l'hépatite suppurée.

Appareil respiratoire.

Trois signes lui appartiennent : la dyspnée, la toux et le hoquet.

Dyspnée. — Les auteurs de l'antiquité l'ont indiquée sous les titres : *spiritus* ou *spirandi difficultas ; constrictio anhelitus*, etc.

Nombreux sont les éléments qui contribuent à la produire : douleur locale, refoulement du poumon droit par le foie tuméfié, péri-hépatite sous-diaphragmatique, inflammation et paralysie de la moitié droite du diaphragme, pleurésie de voisinage, analyse d'où il ressort que l'hépatite de la face convexe doit être celle qui la détermine au plus haut point, tandis que les abcès centraux peuvent ne pas la provoquer.

Cette dyspnée est, tout à la fois, subjective et objective, donnant lieu en même temps à une profonde angoisse et à de l'anhélation avec parole entrecoupée, transformation du type respiratoire abdominal en type costal supérieur, et élévation en masse de tout l'hémithorax droit à chaque inspiration ; ou seulement objective, le malade n'ayant pas conscience de la perturbation fonctionnelle qu'il subit.

Toux (1). — C'est une petite toux sèche et discrète qui provient le plus souvent de l'irritation hépatique transmise par le phrénique et réfléchie, par la moelle, sur les nerfs expirateurs, ou, plus rarement, dépend d'un certain degré de pleurésie diaphragmatique.

(1) Tussis arida (Arètée). — Tussiculae parvae ut plurimum siccae per quas nihil omnino rejectatur (Aëtius). — Tussis hepatica (Galien).— Tussiculae (Alexandre de Tralles).

Elle peut acquérir une importance diagnostique considérable, dans certains cas, alors, par exemple, que les signes d'auscultation et de percussion manquent vers le thorax, les commémoratifs et les symptômes faisant soupçonner une hépatite.

Hoquet (1). — Assez rare dans l'hépatite suppurative, il y est, habituellement, l'indice de lésions secondaires du diaphragme (péritonite sous-diaphragmatique, diaphragmatite, pleurésie diaphragmatique). Il n'est pourtant pas impossible qu'il relève, comme la toux, de la simple irritation hépatique. Un fait positif établissant qu'il peut être la conséquence d'un réflexe à point de départ distant du diaphragme, c'est qu'il a été observé dans la dysenterie (2), même sans complication du côté du foie ou du péritoine (3).

Appareil circulatoire

I. — Hématologie

Etude physico-chimique macroscopique.— Elle n'a jamais été poursuivie d'une façon sérieuse et méthodique, même à l'époque où florissait la thérapeutique de Broussais. Un des rares auteurs qui se soient occupés de ce sujet, Haspel, proclame, en quatre lignes, l'insignifiance des résultats obtenus : « Quant aux divers fluides en circulation, particulièrement au sang, ils ne nous ont offert, dit-il, aucune altération particulière. Jamais nous n'avons rencontré cette couenne inflammatoire qu'on trouve si fréquemment dans les phlegmasies aiguës franches des organes pulmonaires et des membranes séreuses. »

Hématimétrie. — C'est encore un point d'hématologie auquel se sont adressées peu de recherches directes. Une analyse de de Langlet (4), trois observations de Maurel (5) avec rares

(1) Dans l'inflammation du foie, il survient du hoquet (Hippocrate) — Interdum singultus prope strangulat (Celse).

(2) Haspel. op. cit.

(3) L. S. Bertrand. — *Relation d'une épid. de dysent.*, etc.

(4) *Dysenterie chronique. Abcès du foie. Cachexie. Leucocythémie. Mort. Autopsie.* — Bull. de la Soc. Anat. 1871, p. 370.

(5) *Hématimétrie normale et pathologique des pays chauds.* Arch. de méd. nav., t. XLIII, 1885.

hématimétries : c'est tout. La question n'est même pas effleurée dans le livre récent de Hayem (1).

Nous aurions voulu ne l'aborder qu'après avoir recueilli des matériaux cliniques nombreux et sériés, comme nous l'avons déjà fait pour l'étude de l'*Entero colite chronique des pays chauds* et de la *dysenterie épidémique*. Malheureusement, les circonstances ne nous ont pas permis de profiter des premières occasions qui se sont offertes, et, comme depuis quelques mois, semblable opportunité ne s'est pas représentée, nous nous trouvons dépourvus de documents personnels, au moment d'écrire ce paragraphe.

Les *globules rouges* sont, le plus souvent, diminués (Maurel), hypoglobulie qu'expliquent suffisamment le séjour colonial, les conditions pathologiques antérieures (dysenterie (2), fièvre typhoïde, impaludisme, etc.) et l'atteinte directe portée au foie, organe d'hématopoïèse.

Le chiffre des *globules blancs* est augmenté. Dans l'observation de Langlet, « toutes les préparations montrent de 40 à 50 globules blancs, au lieu de 7 à 8, pour un grossissement de 260 à 300 diamètres ». L'accroissement est moins net, dans l'un des cas relatés par Maurel, où l'on ne compte que 7500 leucocytes par millimètre cube de sang. Malgré l'insuffisance de ces données pour la solution du problème on peut, jugeant par analogie, admettre l'exactitude de la proposition ci-dessus (3), car il y a leucocytose démontrée, pendant la période de formation du pus, dans les suppurations viscérales (4), la variole, les blessures et l'état puerpéral (5), l'entéro-colite des pays chauds (6) et la dysenterie aiguë (7).

(1) *Du sang et de ses altérations anatomiques*. Paris, 1889.

(2) Chez les malades offrant *simultanément* les signes de l'hépatite suppurative et ceux de la dysenterie aiguë ou chronique, il doit y avoir fréquemment *hyperglobulie paradoxale* par spoliation séreuse du sang.

(3) Elle est nettement formulée par Rendu, loc. cit. Dans la thèse de Leblond (op. cit.), la *leucocytose*, constatée avant l'intervention chirurgicale, est interprétée comme un signe de suppuration hépatique.

(4) Malassez. — Bull. de la Soc. anat., 1873.

(5) Brouardel. — *Des variations de la quantité des globules blancs, dans le sang des blessés, des varioleux et des femmes en couche*. Gaz. méd. de Paris, 1874, nº 10.

(6) Bertrand et Fontan, op. cit., p. 202. — Nous écrivions à ce propos, en 1886 : « Nous considérons comme probable qu'il existe une relation entre les variations numériques des leucocytes et les ulcérations intestinales, qu'une leucocytose relative survienne tandis que s'effectue le processus qui prépare ces solutions de continuité, et qu'au contraire, le chiffre des globules blancs baisse brusquement dans le sang, quand, par la muqueuse entamée, les cellules embryonnaires se sont échappées dans l'intestin. Il en est sans doute de même dans l'hépatite suppurative, pendant la suppuration et après l'évacuation des abcès.

(7) Bertrand. — *Relation d'une épidémie de dysent.*, etc.

Hémochromométrie. — Ici les données sont nulles; la lacune hématologique est absolue.

II. — Pouls.

Sa fréquence a des variations généralement proportionnelles aux oscillations de la température; elle monte ou descend avec le degré thermométrique. Dans la variété type de la forme aiguë, le pouls bat 100 pulsations et au-delà, pendant la période présuppurative; il se rapproche de la normale au moment de la détente, pour reprendre sa fréquence à la formation du pus. Dans l'hépatite sub-aiguë et l'hépatite chronique, il s'accélère à l'occasion des paroxysmes, petit et serré pendant le stade de froid, large et plein pendant la transpiration.

Un pouls fréquent, irrégulier et concentré, coïncidant avec des frissons et des sueurs froides, est, pour Dutroulau, un indice de suppuration.

Quand la fréquence du pouls augmente, en même temps que la température baisse rapidement, il y a lieu de soupçonner quelque événement critique, tel que l'évacuation du pus dans une cavité séreuse, et, fréquemment, de redouter l'imminence d'une terminaison fatale (Corre).

III. — Troubles mécaniques de la circulation.

L'*ascite* est exceptionnelle. On ne l'observe guère que chez des paludéens cachectiques ou alcooliques, dont le foie présente des lésions mixtes de cirrhose et d'inflammation suppurative, ou, encore quand un abcès volumineux et proéminent à la face inférieure de l'organe, comprime la veine-porte. Haspel l'a observée deux fois, dans cette dernière condition.

L'*œdème des malléoles* est un peu moins rare. Il se rapporte plutôt à la cachexie et à l'hydrémie, qu'il ne dépend d'un obstacle mécanique à la circulation des membres inférieurs.

Température

Le début de l'hépatite aiguë est marqué par des frissons et par une rapide ascension de la température à 39° ou 39°,5, très rarement à 40°. Cette fièvre persiste, intermittente, subcontinue ou, le plus souvent, rémittente, pendant environ un septenaire; puis

tombe, pour cesser définitivement si le foie ne suppure pas, ou reprendre s'il y a suppuration (graphique VI, 13 novembre). La réascension du thermomètre est, dans ce dernier cas, le signal d'un nouveau mouvement fébrile qui affecte le type de l'intermittence ou de la rémittence, passe quelquefois de l'un à l'autre (même graphique), semble subir un temps d'arrêt quand le pus est collecté, et fait sa réapparition, évoluant sous l'une quelconque des deux formes, tant que l'abcès n'est pas enkysté ou que son contenu n'a pas été évacué.

Le début des hépatites subaiguë et chronique est beaucoup moins facile à saisir. Bien souvent, dans ces conditions, la suppuration se fait, ou même est faite, quand la fièvre est constatée.

Dans toutes les variétés de l'hépatite suppurative, la fièvre, symptomatique de la formation ou de la présence du pus dans le foie, est caractérisée, quel que soit son type, par des paroxysmes vespéraux rebelles au sulfate de quinine et accompagnés de sueurs tantôt chaudes, tantôt froides.

Sa cessation, exprimée par le retour simultané de la température et du pouls au chiffre physiologique est, ordinairement, l'indice de l'achèvement d'un processus curatif : résolution, enkystement de l'abcès, rejet du pus au dehors.

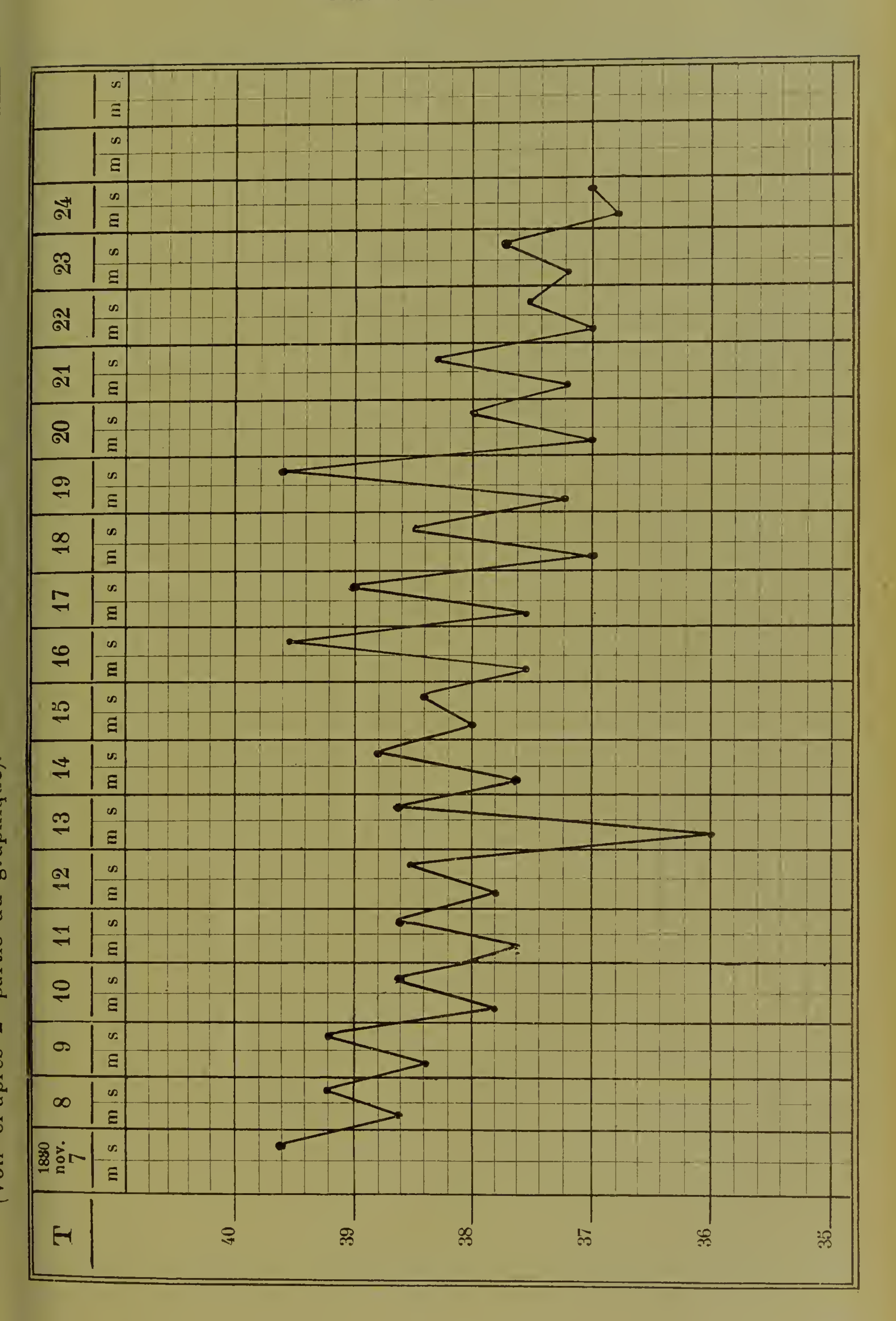
L'un des premiers effets de l'incision chirurgicale est d'amener ce double abaissement de la température et du pouls (graph. XIV). Si la température remonte le jour même ou le jour suivant, à plus forte raison, si la fièvre ne tombe pas après l'opération, c'est qu'il y a, dans le foie, d'autres abcès (graphiques VII, VIII et IX), ou que l'ouverture chirurgicale est trop étroite et que l'abcès se vide mal (obs. LXXXVII et LXXXVIII).

Une chute subite du thermomètre au-dessous du degré normal, notamment si le pouls conserve sa fréquence initiale ou s'accélère encore, révèle, le plus souvent, l'évacuation du pus dans une cavité séreuse (plèvre, péritoine, péricarde,) ou la rapide formation d'une péritonite suppurée. La marche thermométrique est, à ce dernier point de vue, tout à fait significative dans le graphique X, où des températures sous-normales alternent, les 13 et 15 juin, avec des paroxysmes vespéraux dépassant 40°.

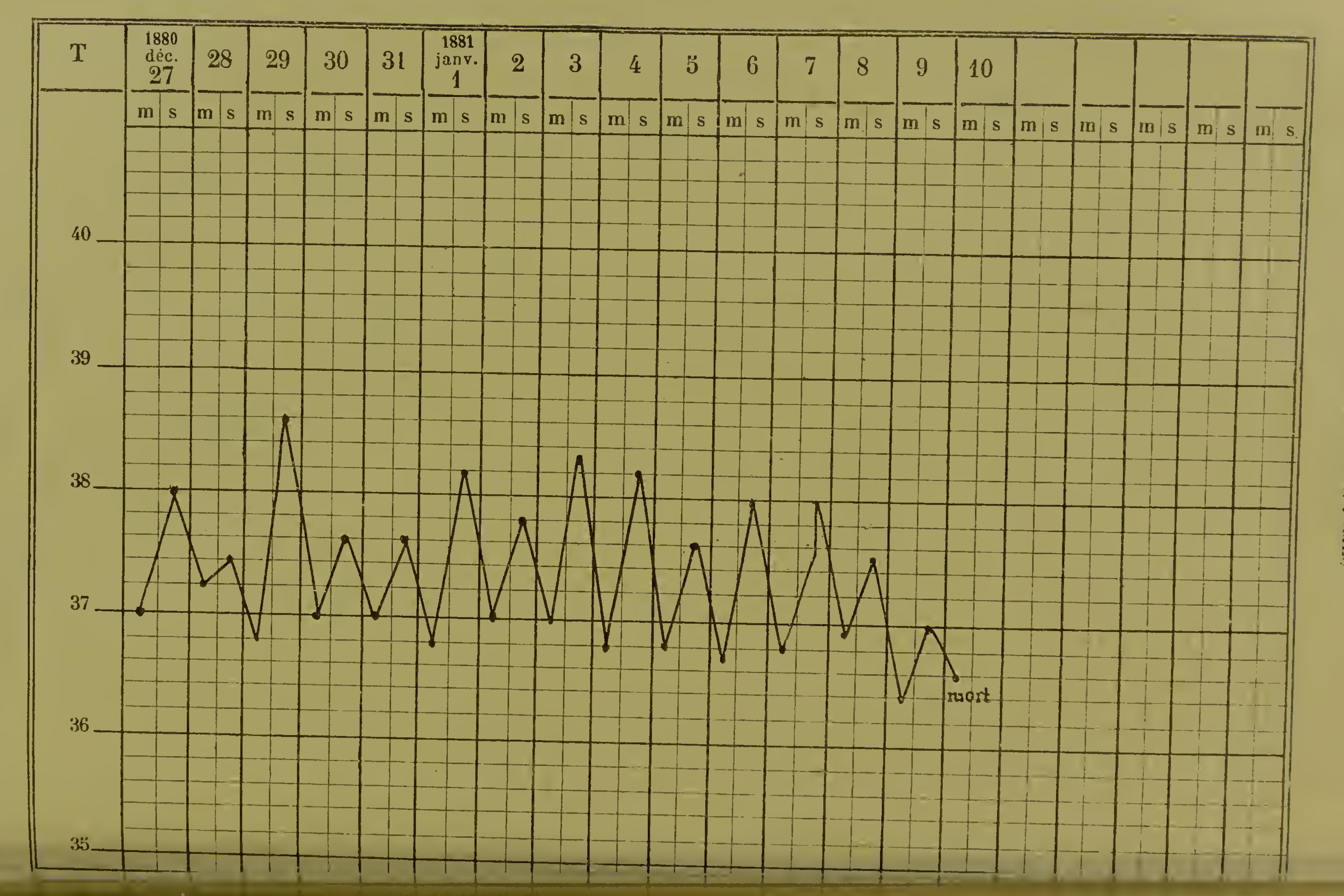
Il n'est pas rare de voir, dans ces cas d'abcès hépatiques compliqués de péritonite, le thermomètre rester au-dessous de la normale, aux derniers jours ou aux dernières heures de la maladie (graphique VII, 3e partie).



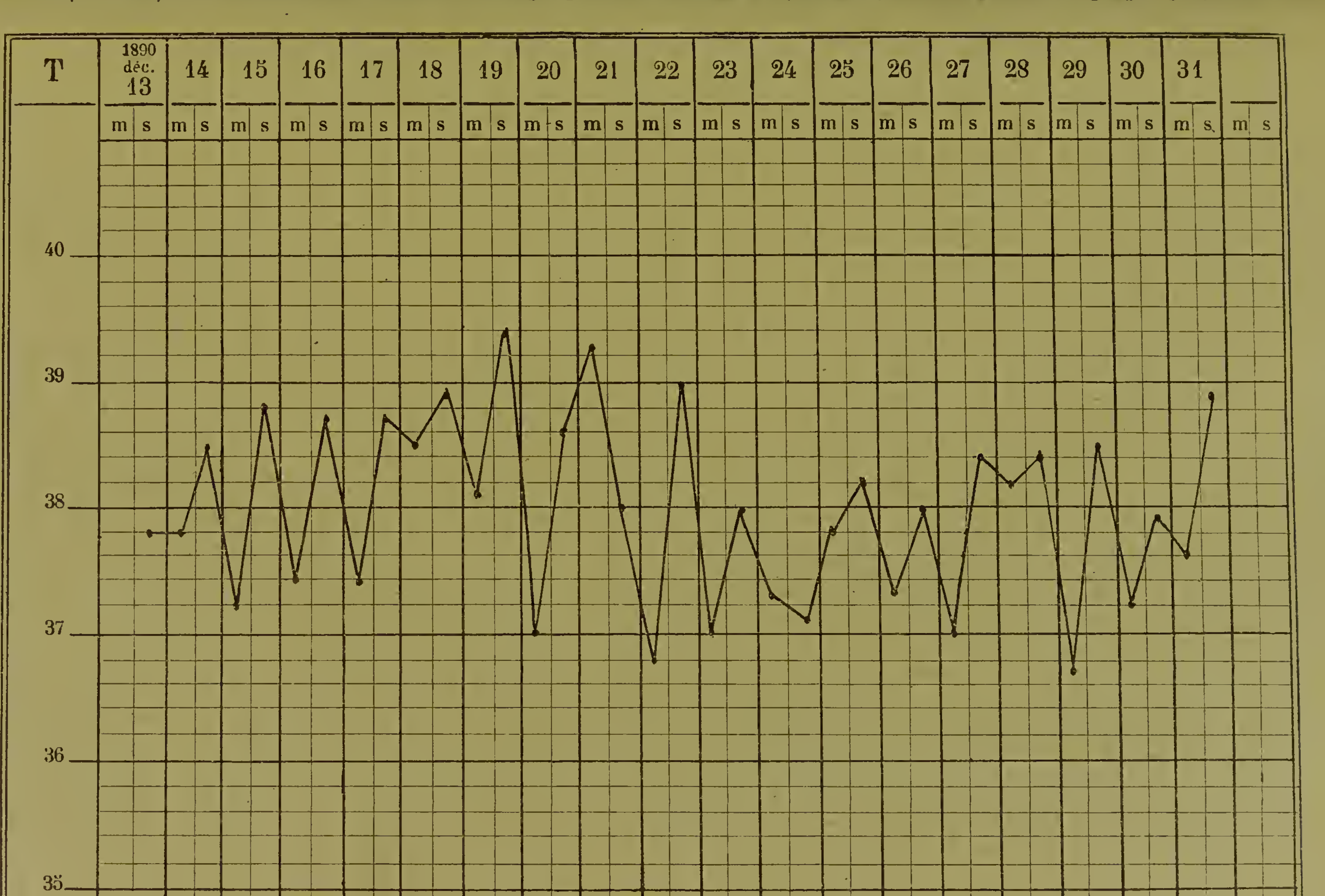
Graphique VI (2me partie)


T
1880 nov. 7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
m s
40
39
38
37
36
35

Graphique VI (3me partie)



Graphique VII (Observation LXXXV). — Demol, soldat d'infanterie de marine : Abcès multiples du foie (Tonkin). — Ponction et incision antiseptique d'un abcès le 6 janvier (voir 2me partie du graphique).



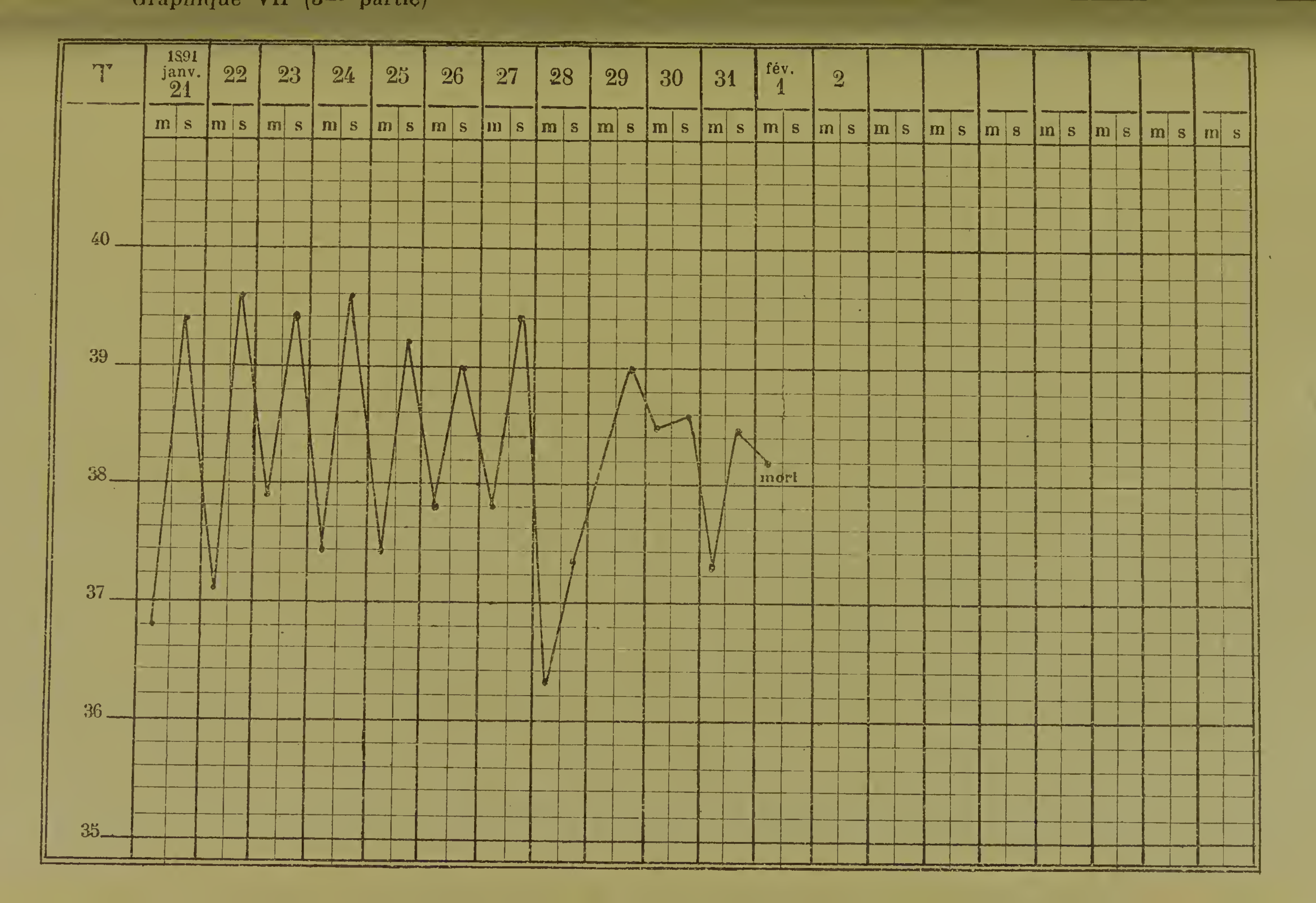


Graphique VII (2me partie)

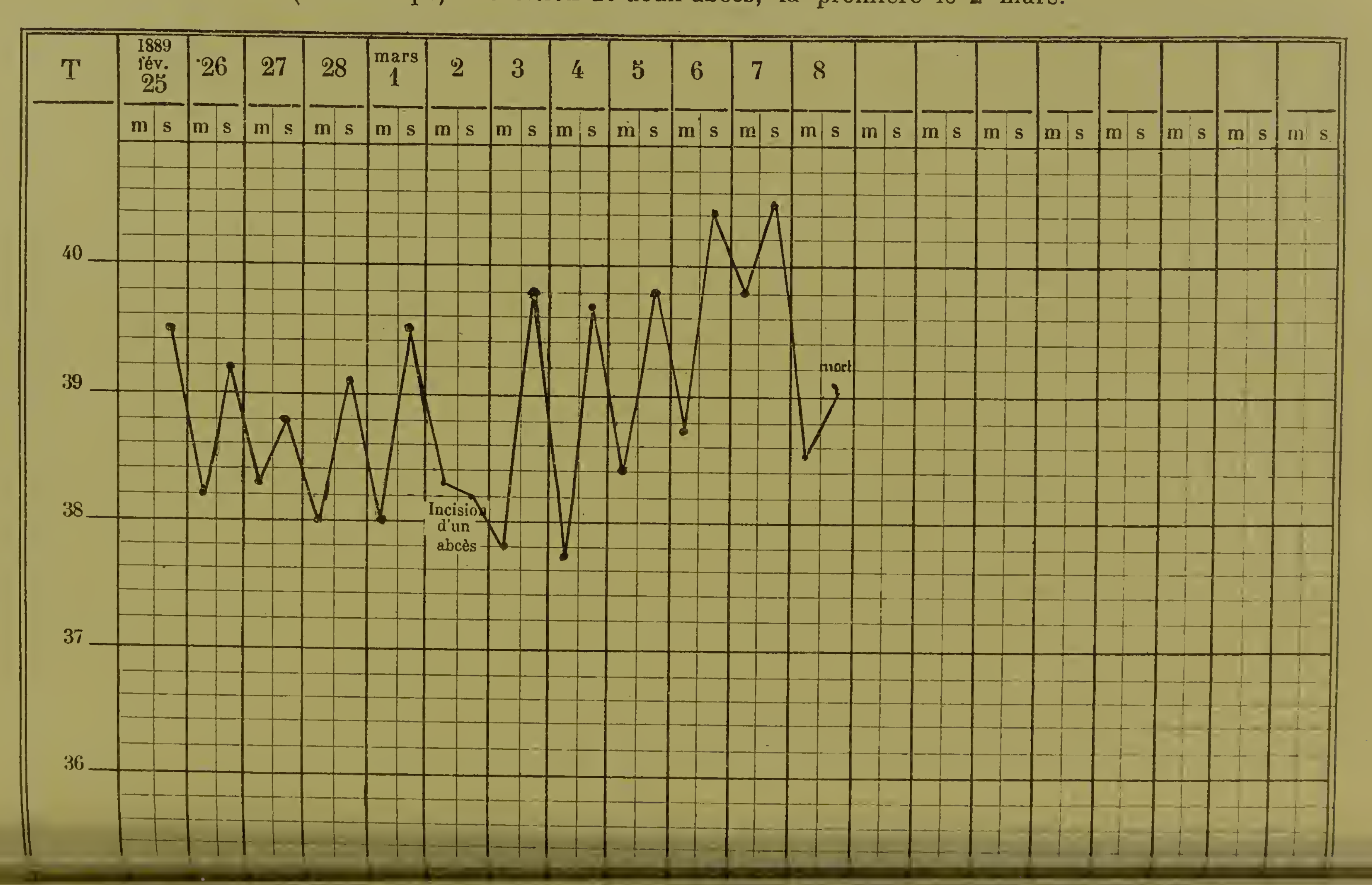
T	1891 janv. 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s	m s

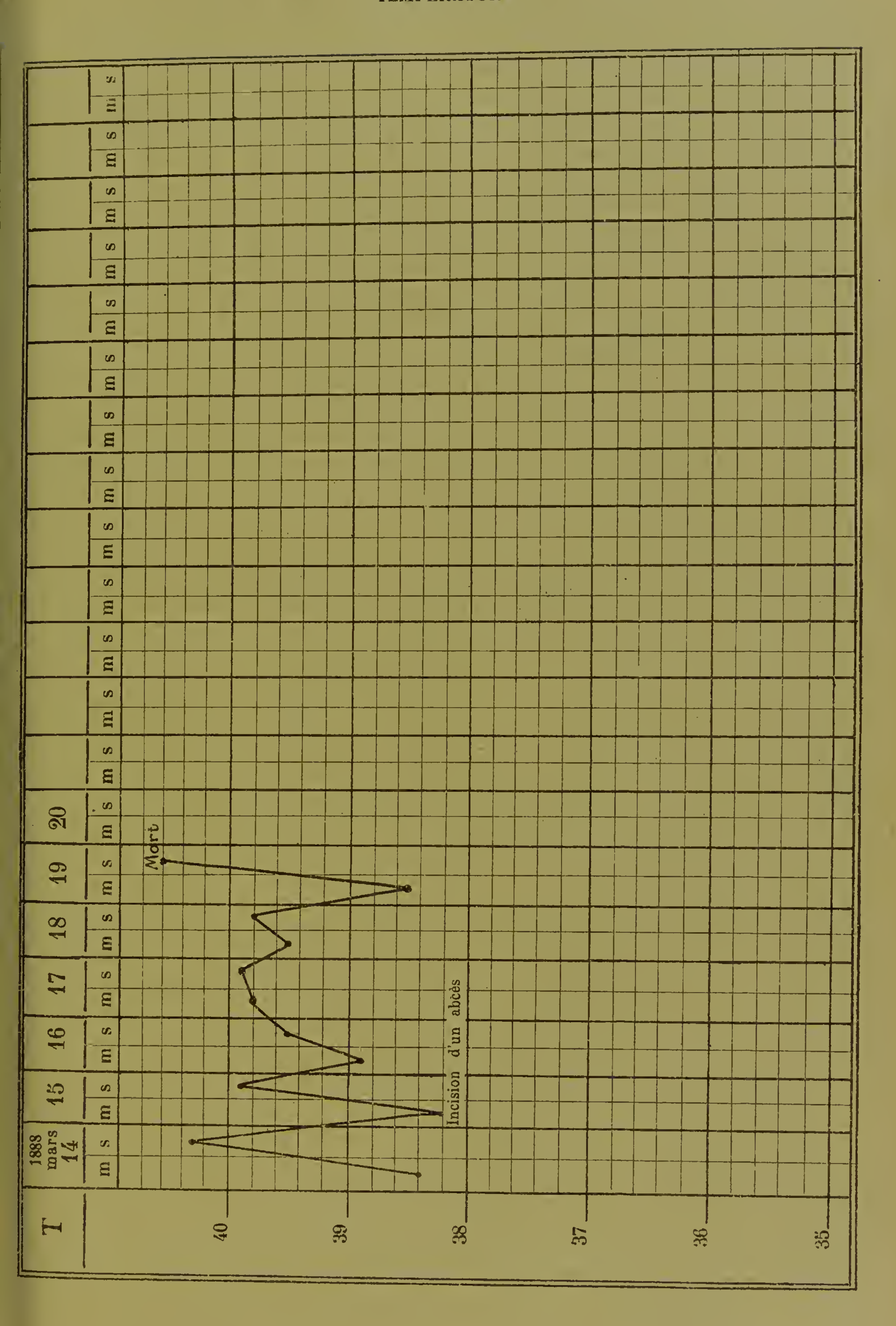
40 — 39 — 38 — 37 — 36 — 35

Incision d'un abcès

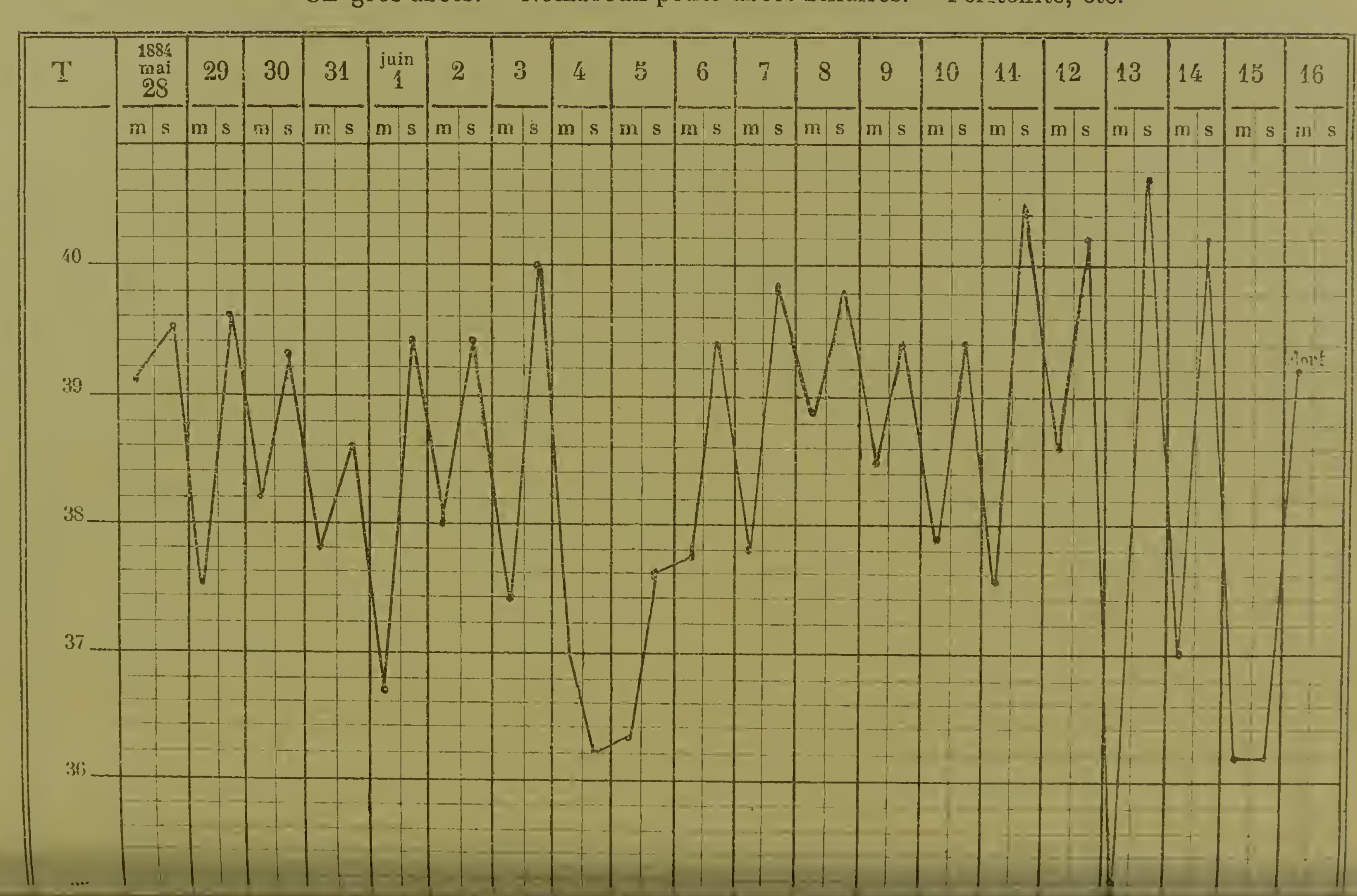

T°
1891 janv. 21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
fév. 1
2
m s
mort
40
39
38
37
36
35

Graphique VIII (Observation LXXXVI). — Botté, quartier-maître mécanicien : Abcès multiples du foie (Guadeloupe) : Incision de deux abcès, la première le 2 mars.

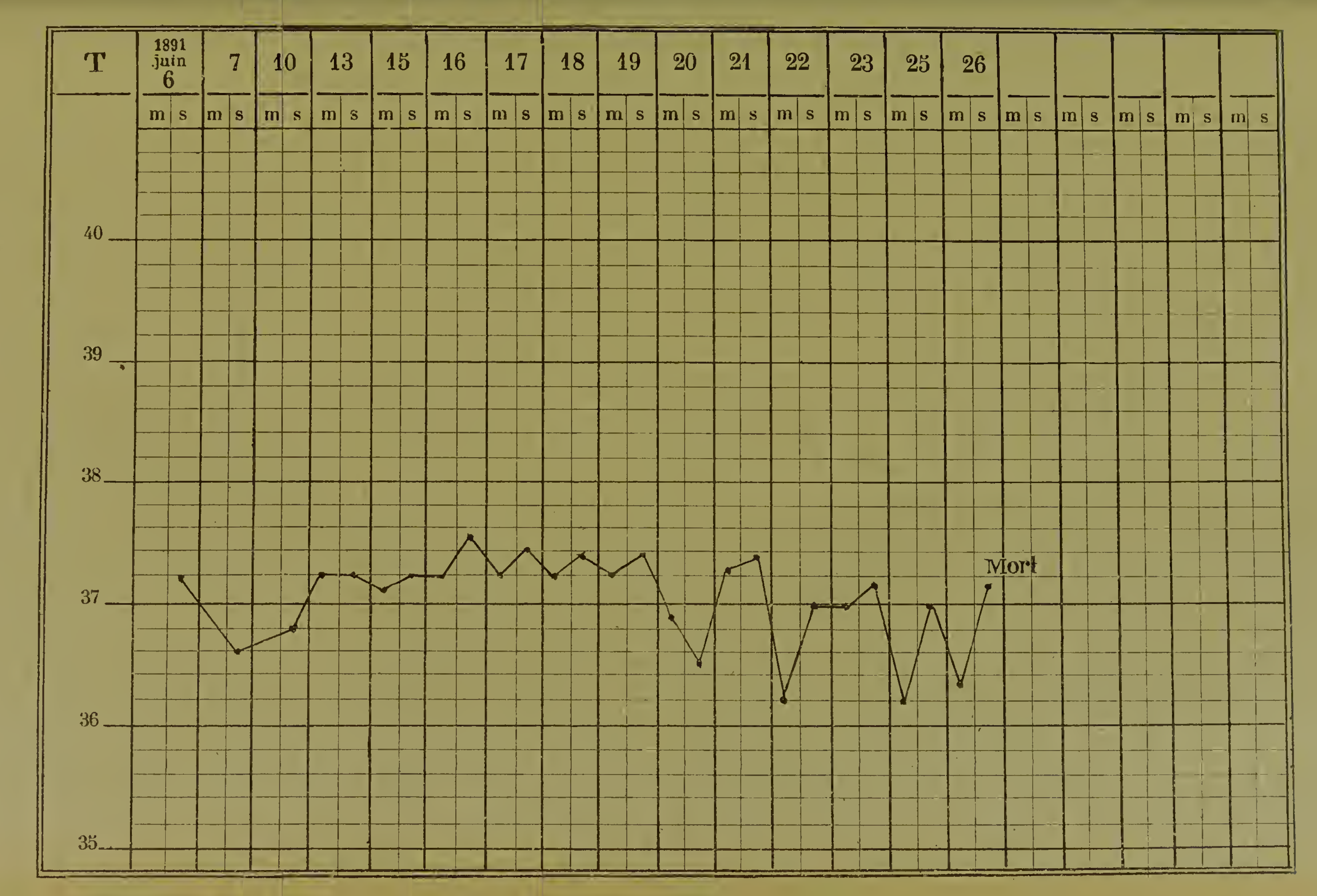



T
1888
mars
14
15
16
17
18
19
20
m s
Mort
Incision d'un abcès
40
39
38
37
36
35

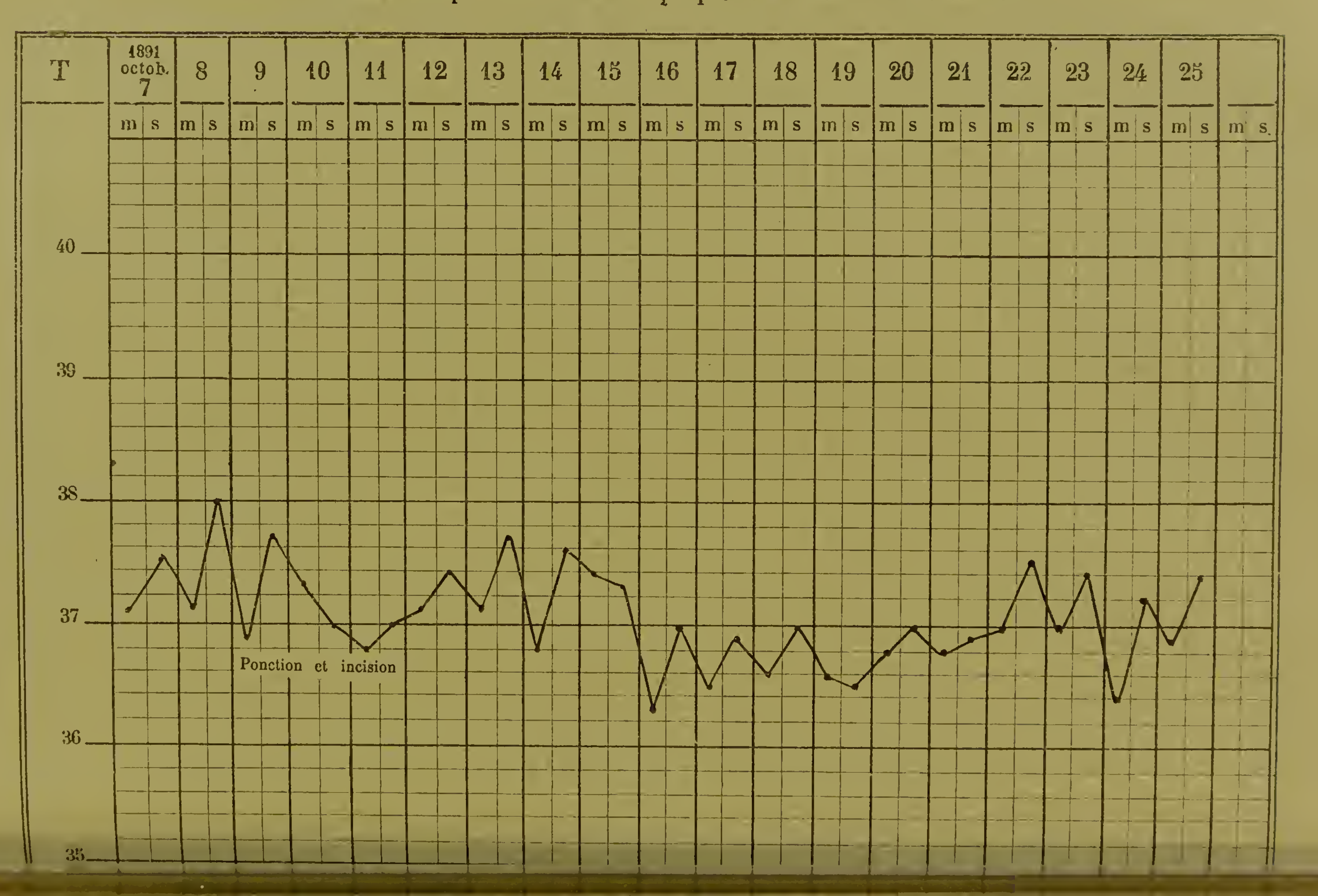
Graphique X (Observation XIX). — Allain, mousse de l'*Austerlitz* : Hépatite suppurée. — Helminthiase. — Un gros abcès. — Nombreux petits abcès biliaires. — Péritonite, etc.

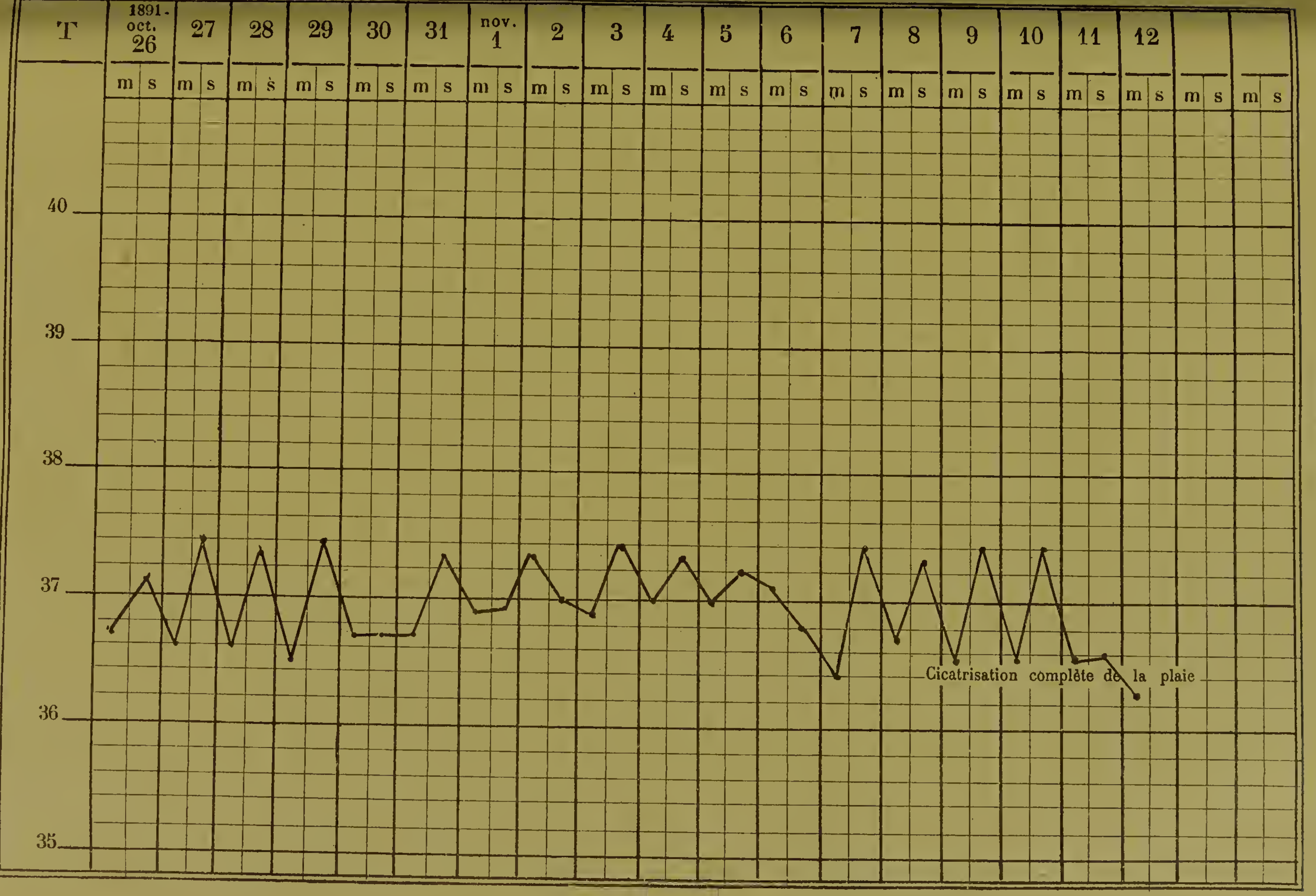


dans la plèvre. — Ponction pleurale le 23 et le 24 juin. — Albuminurie.



Graphique XII (Observation CXXIV). — Thomas René, artillerie de marine : Abcès du foie (Tonkin). — Evacuation par incision antiseptique le 9 octobre. — Guérison.




T
1891. oct. 26
27
28
29
30
31
nov. 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
m s
40
39
38
37
36
35
Cicatrisation complète de la plaie

Le même mode de terminaison est accusé par le graphique XI, correspondant à l'observation d'un abcès du foie avec albuminurie.

Ces circonstances réservées, la température monte aux approches de la mort (graphiques VII, VIII et IX).

La fièvre symptomatique de la présence du pus dans le parenchyme hépatique, est, évidemment, *fonction* de toxines résorbées.

Il convient de rappeler que, dans les formes chroniques de l'hépatite suppurée, la fièvre peut manquer totalement, même sous le type intermittent.

Urologie

Il n'existe, à l'heure actuelle, aucun travail d'*ensemble* relatif à l'urologie de l'hépatite suppurative.

Nous allons entreprendre cette étude; mais, cette fois encore, avec le regret de n'avoir pas en main tous les documents qui nous seraient nécessaires pour aboutir sûrement à des conclusions inattaquables.

1° Examen physique de l'urine :

Quantité. — Elle est constamment au-dessous du chiffre physiologique, tant que le foie suppure et que le pus n'a pas été évacué. La fièvre et les sueurs qui l'accompagnent, la fréquente coexistence d'un flux intestinal plus ou moins abondant et, peut-être aussi, la lésion hépatique elle-même, expliquent cette diminution qui va s'accentuant de plus en plus dans les derniers jours des cas mortels (tableau LXXIV et graphique XIII).

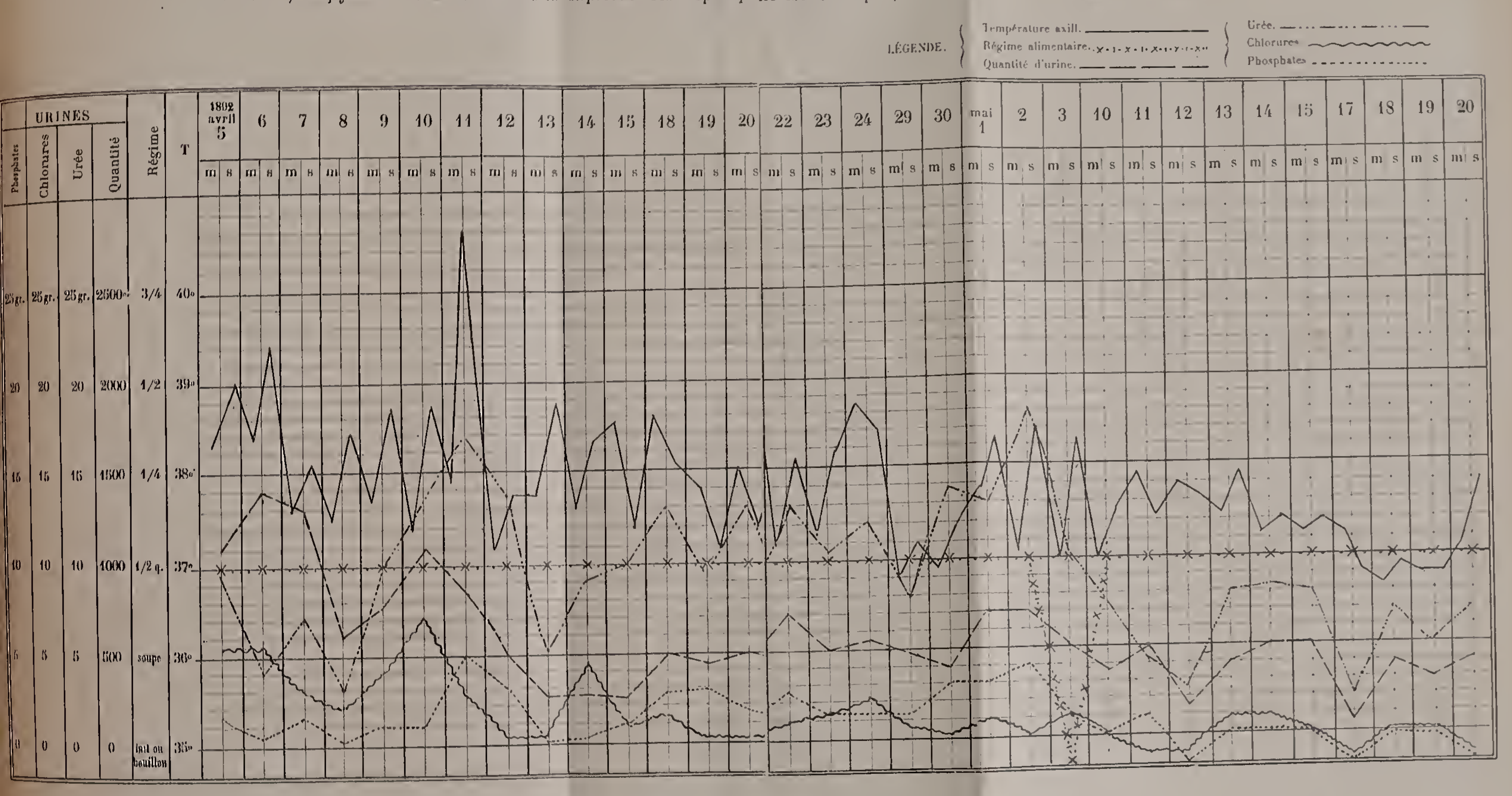
Quand l'abcès est unique et qu'il a été ouvert, la quantité d'urine s'accroît brusquement (tableaux LXXV et graphique XIV), pour atteindre ou dépasser (graphique XV), le degré physiologique.

Densité. — La densité de l'urine étant, en toute condition normale et pathologique, proportionnelle au chiffre de ses matériaux solides et en raison inverse de sa quantité, on peut, résultat paradoxal, la trouver augmentée, à cause de la réduction subie par la partie liquide de cette humeur, au cours d'une hépatite à abcès multiples, terminée par la mort, et la voir s'élever, par suite de l'accroissement des principes solides, au cas d'hépatite guérie après opération. (Tableau LXXV).

Couleur. — Les nuances dominantes sont : le jaune paille, le jaune ambré, le jaune rouge et le jaune brun.

2° Examen chimique :

GRAPHIQUE XIII (Observation XC). — Devoteau, agent des douanes. Abcès multiples du Tonkin). Pus dans le péritoine et la plèvre droite. Ponction aspiratrice, pleurale, le 12 avril, Empyème le 3 mai. Ponctions exploratrices hépatiques issue de pus, le 9 id., le 11 id. — Mort le 29 mai.



Réaction. — Presque toujours acide.

Variations quantitatives des principes normaux.—Urée,chlorures, phosphates, matières colorantes.

Urée. — Les variations de l'urée représentent, dans l'inflammation suppurative du foie, le seul point d'urologie qui, jusqu'à ce jour, ait fixé l'attention des observateurs et suscité quelques recherches.

Rose et Henry (1) sont, croyons-nous, les premiers auteurs qui aient poursuivi la solution pratique de cette intéressante question. Leurs observations, dit Ranald Martin, semblent établir que, dans l'hépatite suppurative, *la quantité d'urée excrétée par les reins subit une diminution proportionnelle au degré de destruction exercé, dans le foie, par le processus suppuratif.*

Parkes (2), frappé de l'importance physiologique et pathologique du fait énoncé dans la proposition de Rose et Henry, entreprit, à son tour, une série de travaux qui lui montrèrent que, dans l'hépatite suppurative, la quantitée d'urée rejetée, de l'organisme, par l'urine des vingt-quatre heures, est tantôt augmentée et tantôt diminuée ; l'augmentation correspondant à la période initiale de congestion inflammatoire, la diminution coïncidant avec la phase de suppuration hépatique. Cette diminution est, comme l'avaient vu Rose et Henry, en raison directe de l'étendue des territoires hépatiques détruits par la fonte purulente, puisque les sujets en observation sont « des malades fébricitants et continuant de s'alimenter, toutes conditions qui devraient amener plutôt une augmentation dans la quantité d'urée » (3).

Ces conclusions de Parkes ont été sanctionnées par nombre d'auteurs : Murchinson, Meissner, Fouilhoux, Hirtz (4), Brouardel (5), Dubain (6), Charcot (7), Dupré (8), Corre (9), etc., qui, tous, admettent, comme caractéristique urologique de l'hépatite sup-

(1) Cités par Ranald-Martin (*Influenee of tropic. climates*, etc. 1861, p. 477).

(2) *Remarks on the dysentery and hepatitis of India.* Lond., 1846. — *On some points eonneeted with the elimination of nitrogen from the human body.* Lancet. Avril 1871. — *A manual of the praetical hygiene.* Lond., 1873.

(3) Rendu (op. cit. p. 55).

(4) Bull. de la soc. anat. 1875.

(5) L'*urée et le foie,* Arch. de physiologie, 1876.

(6) Th. cit.

(7) *Maladies du foie, des voies biliaires et des reins.* Paris, 1877.

(8) *De la formation de l'urée, des rapports de ee produit avee les fonetions et les maladies du foie.* Th. Montp., 1881.

(9) Op. cit.

Tableau LXXIV. — Dev

CARACTÈRES PHYSICO-CHIMIQUES		AVRIL 1892 5	6	7	8
Volume		cc. 1040	1400	1350	540
Réaction		acide	acide	acide	acide
Dépôt		urates	néant	néant	néant
Couleur		j. brun	j. brun	j. brun	j. brun
Odeur		normale	normale	normale	normale
Densité		1019	1010	1013	1017
par quantité d'urines	Urée	9.57	4.15	7.29	3.20
	Phosphates en acide phosphorique	1.51	0.96	1.74	0.48
	Chlorures en chlor. de sodium	5.72	5.60	2.83	2.02
Pigments biliaires		néant	néant	néant	néant
Urobiline		id.	id.	id.	id.
Indol		néant	néant	néant	néant
Skatol		id.	id.	id.	id.
Albumine		id.	id.	id.	id.
Sucre		id.	id.	id.	id.
Matières grasses		id.	id.	id.	id.
Microscope		id.	id.	id.	id.

XC). Analyses d'urines.

11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	23
850	500	250	450	430	500	450	500	450	700	500
acide	acide	acide	acide	acide	acide	acide	acide	acide	acide	acide
urates	urates	urates	urates	urates	urates	urates	urates	urates	urates	urates
j. rouge	j. rouge	j. rouge	j. rouge	j. rouge	j. rouge	j. rouge	j. rouge	j. rouge	j. rouge	j. rouge
normale	normale	normale	normale	normale	normale	normale	normale	normale	normale	normale
1035	1038	1029	1024	1031	1032	1032	1029	1028	1029	1027
16.75	13.34	4.99	9.22	10.21	12.96	9.30	13.01	7.77	12.94	10.53
5.74	2.84	0.14	0.24	1.22	2.65	2.87	2.38	1.69	2.68	1.69
2.38	0.57	0.46	4.45	0.83	1.5	0.58	0.40	0.47	0.77	1.45
néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant
id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.
présence	présence	présence	présence	néant	id.	id.	id.	id.	id.	id.
id.	présence	id.	id.	néant	id.	id.	id.	id.	id.	id.
id.	néant	néant	néant	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.
id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.
id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.
id.	id.	id.	id	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.

TABLEAU LXXIV. — De

CARACTÈRES PHYSICO-CHIMIQUES		AVRIL 1892 24	29	30
Volume		cc. 560	510	450
Réaction		acide	acide	acide
Dépôt		urates	urates	urates
Couleur		j. rouge	j. rouge	j. rouge
Odeur		normale	normale	normale
Densité		1029	1029	1029
par quantité d'urines	Urée	12.09	7.60	13.27
	Phosphates en acide phosphorique	1.46	1.60	2.86
	Chlorures en chl. de sodium	1.90	0.47	0.40
Pigments biliaires		néant	néant	néant
Urobiline		id.	id.	id.
Indol		id.	id:	id.
Skatol		id.	id.	id.
Albumine		id.	id.	id.
Sucre		id.	id.	id.
Matières grasses		id.	Id.	id.
Microscope		id.	id.	id.

XC). Analyses d'urines *(Suite)*.

3	10	11	12	13	14	15	17	18	19	20
500	350	480	144	400	480	430	130	350	320	400
acide	acide	acide	acide	acide	acide	acide	acide	acide	acide	acide
urates	urates	urates	urates	urates	urates	urates	urates	urates	urates	urates
jaune	jaune	jaune	jaune	jaune	jaune	jaune	jaune	jaune	jaune	jaune
normale	normale	normale	normale	normale	normale	normale	normale	normale	normale	normale
1028	1028	1031	1024	1024	1023	1027	1029	1034	1028	1022
10.03	6.80	4.51	2.25	7.77	8.22	7.91	1.57	7 05	5.04	7.23
1.69	0.91	1.84	0.20	0.78	1.16	0.78	0.15	1.18	0.96	0.80
1.85	1.10	0.91	0.34	1.40	1.44	0.90	0.27	1.05	1.02	0.64
néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant
id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.
	présence	présence	présence	présence	présence	présence	présence	présence	présence	présence
	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.
néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant
id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.
id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.
id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.	id.

Tableau LXX

1° Frangeul (Obs. LXXXIX).

CARACTÈRES PHYSICO-CHIMIQUES		1882 MAI 21	22	23	24
Volume		cc. 180	800	1230	1340
Réaction		acide	acide	acide	acide
Dépôt		néant	néant	néant	néant
Couleur		j. rouge	j. brun	j. brun	j. brun
Odeur		normale	normale	normale	normale
Densité		?	1013	1013	1014
par quantité d'urines	Urée	4.51	12.76	26.99	18.92
	Phosphates en acide phosphorique	0.53	0.87	1.81	2.25
	Chlorures en chlor. de sodium	1.02	1.76	2.41	5.62
Pigments biliaires		néant	néant	néant	néant
Urobiline		id.	id.	id.	id.
Indol		id.	id.	id.	id.
Skatol		id.	id.	id.	id.
Albumine		id.	id.	id.	id.
Sucre		id.	id.	id.	id.
Matières grasses		id.	id.	id.	id.

d'urines.

2° Pernot (Obs. XCI).									
20	21	24	JUILLET 19	20	21	22	AOUT 4	5	6
450	750	620	1300	1700	1350	1120	1640	2030	2200
			acide	acide	acide	alcaline	acide	ft acide	acide
			blanc jaunâtre faible	plus abondant	assez abondant	abondant	presque nul	presque nul	presque nul
			j. clair	j. ambrée	j. ambrée	j. ambrée	j. paille	j. paille	j. paille
			normale	normale	normale	légèremt ammoniacale	normale	normale	normale
			1021	1024	1027	1031	1019	1015	1015
5.60	8.89	8.85	19.65	22.95	29.16	27.21	15.50	19.18	26.73
			2.66	3.72	2.47	2.21	3.66	3.25	3.38
			9.62	11.68	9.65	9.16	8.45	8.24	10.12
			néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant
			id.	néant	néant	néant	néant	néant	néant
			présence	présence	présence	présence	présence plus faible	traces	traces
			présence	présence	présence	présence	id.	id.	traces
			néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant
			néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant
			néant	néant	néant	néant	néant	néant	néant

Graphique XIV (obs. LXXXIX). — Frangeul, abcès du foie suite de fièvre typhoïde. — Opération le 21 mai. — Guérison.

URINES				Régime	T°	1892 mai 21		22		23		24		26	
Phosphates	Chlorures	Urée	Quantité			m	s	m	s	m	s	m	s	m	s
25 gr.	25 gr.	25 gr.	2500cc	3/4	40°										
20	20	20	2000	demie	39°										
15	15	15	1500	quart	38°										
10	10	10	1000	1/2 q.	37°										
5	5	5	500	soupe	36°										
0	0	0	0	Lait ou bouillon	35°										

LÉGENDE.
Température axill. ————
Régime alimentaire. x - - x - - x - - x - -
Quantité d'urine. — — — — —
Urée. — - - - — - - - —
Chlorures. ∼∼∼∼∼
Phosphates - - - - - - - - -

Graphique XV (obs. XCI). — Pernot, soldat d'infant. de marine. — Abcès du foie (Cochinchine). — Incision le 23 juin. — Guérison.

Quant. d'urine.
Urée.

URINES
Quantité
Urée
1891 juin 19
20
21
24
juil. 19
20
21
22
août 4
5
6
m s
2500cc 25 gr.
2000 20
1500 15
1000 10
500 5
0 0

purée, une excrétion d'urée très inférieure à la moyenne physiologique.

Kelsch (1) est, jusqu'à présent, le seul médecin qui conteste l'exactitude d'une relation à établir entre l'état du foie et les variations de l'urée.

Les analyses entreprises, sur notre demande, par les pharmaciens de la marine Sauvaire, Tambon et Camus, confirment pleinement la loi de Parkes quant à la diminution de l'urée comme conséquence de la destruction partielle du parenchyme hépatique par la suppuration. Elles nous montrent, dans une hépatite de long cours, avec abcès multiples et complications péritonéales, pleurales et pulmonaires (Tableau LXXIV et graphique XIII), d'assez grandes oscillations du chiffre de l'urée, comprises entre un minimum de 1 gr. 57 et un maximum de 18 gr. 22, mais, en somme, c'est-à-dire comme fait général ou résultante, une diminution marquée de la quantité de ce principe urinaire dans les vingt-quatre heures, et cela *malgré la fièvre, une alimentation relative et des complications uréogènes.*

On peut voir, en consultant le graphique XIII, que les variations de l'urée restent, dans cette observation, sensiblement parallèles aux courbes des températures et de la quantité d'urine.

Ces mêmes analyses nous permettent de constater que dans les hépatites à abcès unique guéries après opération, l'évacuation de l'abcès est presque immédiatement suivie d'une ascension brusque de l'urée (graphique XIV), la fièvre étant cependant tombée ; comme si l'intervention chirurgicale avait, du même coup, débarrassé d'une entrave la fonction uropoïetique du foie.

Nous croyons donc à la relation contestée par Kelsch, et nous nous demandons comment, si le rapport en question n'existait pas, il serait possible d'expliquer ce fait extraordinaire, consigné dans la thèse de Dupré : l'absence *complète* d'urée, dans l'urine d'un malade traité pour pleurésie et atteint d'un abcès qui avait fini par entraîner la destruction *totale* de son foie (obs. XCII).

Chlorures.— Ils se comportent comme l'urée et suivent ses oscillations. Leur chiffre, très diminué pendant toute la durée de la suppuration hépatique (2), se relève rapidement après l'incision de l'abcès, dans les cas de guérison (graphique XIV).

Phosphates. Moins atteints que les chlorures, parfois même

(1) *Des variations de l'urée dans les affections du foie.* Progrès méd., 1880.
(2) Minimum : 0,34, in tableau LXXIV et graphique XIII.

augmentés (Tableau LXXIV et graphique XIII), pendant une partie de la maladie, ils semblent tomber très bas (1) vers la fin des cas mortels. Quand la guérison survient après opération, leur quantité s'accroît avec celle de l'urée et des chlorures (tableau LXXV et graphique XIV).

Matières colorantes. — Certaines urines, traitées par les acides minéraux forts (azotique ou chlorhydrique), se marquent rapidement d'un anneau bleu violacé. On a admis, pendant longtemps, pour expliquer ce phénomène, que la matière chromogène normale de l'urine est assimilable à l'*indican*, glucoside qui existe dans les plantes à indigo et se dédouble, sous l'action des acides minéraux, en *indiglucine* (sucre non fermentescible réduisant facilement la liqueur de Fehling), en *indigotine* (indigo bleu) et en *indirubine* (indigo rouge) (2). La matière colorante de l'urine se dédoublerait, comme l'indican, au contact des acides minéraux, et donnerait deux matières colorantes, l'une rouge, l'autre bleue (*uroglaucine*), dont le mélange produirait la couleur bleue violacée. Celle-ci n'apparaîtrait nettement que dans certaines conditions pathologiques, probablement, alors que l'indican existerait en proportions exagérées dans l'urine.

Cette théorie chimique est aujourd'hui abandonnée, Baumann et Méhu n'ayant pas réussi « à déceler le sucre qui devrait se produire, pendant la réaction, si l'hypothèse était fondée. » (Hodeau).

On admet que la couleur bleue violacée qui se développe dans les circonstances indiquées, provient de matières colorantes formées et résorbées dans le gros intestin, l'*indol* (bleu) et le *skatol* (rose), sulfo-conjugués dans l'organisme, et éliminés par l'urine, à l'état d'indoxyl et de skatoxyl-sulfates de soude et de potasse. Les acides minéraux, versés dans l'urine, décomposent ces sels et mettent la matière colorante en liberté.

Ces matières colorantes, l'indol surtout, étant des produits microbiens, dont la quantité formée paraît être en raison directe de l'intensité des fermentations putrides intestinales, il était rationnel de présumer que, dans l'hépatite suppurée, si fréquemment liée à la dysenterie, les urines entraîneraient de l'indol et du skatol. L'observation directe a justifié ces prévisions (Tableaux LXXIV et LXXV).

(1) Minimum : 0,14, ibid.

(2) Hodeau. — *Contribut. à l'étude des accidents à distance qui se produisent au cours de certaines affections du gros intestin, considérés surtout au point de vue de leur pathogénie.* Th. Paris, 1889.

Il semblerait donc que, dans les circonstances pathologiques considérées, l'absence de ces chromogènes et leur disparition de l'urine pendant plusieurs jours consécutifs, fût un signe favorable, étant l'indice de digestions meilleures ou de fermentations putrides intestinales moins actives.

Principes urinaires anormaux : glycose. — Nous n'avons jamais constaté la glycosurie et nous ne connaissons aucun auteur qui en ait fait mention.

Albumines. — Nous avons constaté, une fois, la présence de la *sérine*, chez un gendarme colonial, dont l'autopsie montra des lésions de néphrite chronique.

Maixner (1) a recherché la *peptonurie* dans deux cas d'abcès hépatiques et l'a constatée une fois.

Matières grasses. — Un excès de ces matières a été rencontré, une fois, dans le sang, par Marcet (2).

Récemment, le Dr Buisseret (3), à qui nous laissons la responsabilité de son assertion, a considéré la *chylurie* comme un fait commun dans l'hépatite suppurée. La présence de matières grasses dans l'urine n'est notée dans aucune de nos analyses.

Pigments biliaires (4). — Les travaux de Gubler ont fait admettre trois variétés *cliniques* d'ictère : 1° l'ictère *biliphéique*, caractérisé par des urines à reflets verdâtres, fournissant la réaction de Gmelin ; une couleur jaune ou jaune verdâtre de la peau, des muqueuses et du sérum des humeurs constituantes ou produites ;

(1) Noury. *De la peptonurie.* Th. Paris, 1884. — Wasserman. *De la peptonurie et sur quelques points de la physiologie des peptones.* Th. Paris, 1885. Voici le procédé analytique indiqué par ce dernier auteur : L'urine est-elle albumineuse ? S'en assurer en la traitant par l'acide acétique et le ferro-cyanure de potassium, Burke ayant démontré que les peptones *exemptes d'autres matières albuminoïdes* ne donnent pas de précipité par ce ferro-cyanure. Si l'urine n'est pas albumineuse, on précipite les peptones par l'acide phosphotungstique en solution chlorhydrique. Si elle est albumineuse, on commence par séparer la sérine au moyen de l'acétate de sodium et du perchlorure ferrique à l'ébullition.

(2) *De la nature des graisses qui se trouvent dans le sang.* Gaz. méd. de Paris, 1851, cité par Monvenoux. *Documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine.* Th. Paris, 1884.

(3) La *Chylurie dans les abcès du foie.* Presse méd. Belge, 1891, d'après l'Union méd., 30 mai 1891.

(4) Il nous a paru impossible de rédiger cette partie de l'urologie, sans exposé préalable de quelques-unes des vicissitudes subies par la pathogénie de l'ictère, phénomène dont les manifestations cutanées et urinaires constituent un syndrome qu'il vaut mieux ne pas scinder.

la décoloration des selles; du prurit cutané; le ralentissement du pouls et un souffle métral (Gandolphe) ou tricuspidien; 2° l'ictère *hémaphéique* à urines couleur *bière forte*, teignant le linge en rouge saumon et donnant un anneau *acajou*, au contact de l'acide nitrique; ne produisant qu'une coloration jaune pâle de la peau, des sclérotiques et des muqueuses; ne s'accompagnant, enfin, d'aucun des troubles fonctionnels qui appartiennent à l'ictère biliphéique; 3° l'ictère *mixte*, dans lequel les urines prennent, sous l'influence de l'acide nitrique, une teinte *feuille morte* intermédiaire entre le rouge brun et le vert.

L'hypothèse de Gubler subsiste encore aujourd'hui, *en tant que conception clinique*; mais les idées se sont modifiées quant à son substratum chimique; ou plutôt de nouvelles recherches (1) ont démontré que l'*hémaphéine* de Gubler ne correspondait à rien de chimiquement défini; que les pigments biliaires ne sont pas absents des urines dites hémaphéiques, mais s'y trouvent masqués; qu'il suffit d'ajouter un peu d'eau, à ces urines, pour les y faire apparaître en rendant possible la réaction de Gmelin; et qu'en dernière analyse, les matières colorantes d'où dérive la réaction hémaphéique, ne sont que des pigments biliaires modifiés.

De ces travaux, il ressort que les matières *ictérogènes* qu'on peut rencontrer dans l'urine, sont : 1° *les pigments biliaires normaux* (bilirubine, biliverdine, etc.); 2° *l'urobiline*; 3° *des pigments biliaires modifiés* (pigment rouge-brun (Méhu); bilirubidine (Tissier).

L'*urobiline* est caractérisée, au spectroscope, par une bande d'absorption située entre les raies B. et F. de Fraüenhöffer (2).

(1) Kiener et Engel. — *Sur les causes de la réaction dite hémaphéique des urines.* Soc. de biologie, 26 mars 1887. — Des mêmes. *Sur les rapports de l'urobilinurie avec l'ictère.* Soc. de biologie, 9 avril 1887. — Des mêmes. *Sur les conditions pathogéniques de l'ictère et ses rapports avec l'urobilinurie.* Arch. de physiologie. Août 1887. — Des mêmes. *Sur les rapports de l'urobilinurie avec l'ictère.* Soc. de biolog. 6 octobre 1888. — Hayem. *Recherches cliniques sur l'urobilinurie.* Soc. méd. des hôp., 22 juillet 1887. — Du même. *Du sang et de ses altérations morbides.* Paris, 1889. — Du même. *Considérations sur la valeur diagnostique et pronostique de l'urobilinurie.* Soc méd. des hôp., 23 décembre 1889. — Tissier (P.) *Essai sur la pathologie de la sécrétion biliaire.* Th. Paris, 1889. — du même. *De l'urobilinurie.* Gaz. des hôp., 22 juillet 1891. — Bonnes indications in Calmette. *L'hémoglobinurie d'origine paludéenne*, etc. Arch. de méd. navale, 1889, t. LII.

(2) Tissier conseille d'examiner l'urine fraîche, pour éviter les modifications que peuvent subir à l'air le chromogène et l'urobiline en fixant de l'oxygène; de

Dérivée de l'hémoglobine, en passant par la bilirubine, elle n'existe pas toute formée, dans les urines *normales*, mais on peut l'y faire apparaître, par oxydation de son *chromogène*, en ajoutant quelques gouttes d'eau iodo-iodurée. Si l'on soumet l'urobiline en solution acide ou alcaline à l'action de l'amalgame de sodium, les solutions deviennent claires comme de l'eau et le spectroscope ne montre plus de bande d'absorption. On peut donc passer, par réduction, de l'urobiline à son chromogène (Tissier).

L'urobiline ne se montre en *nature*, dans les urines, que dans certaines conditions pathologiques, quand, semble-t-il, le foie est devenu incapable de transformer en bilirubine toute la quantité d'hémoglobine qui lui est fournie par le sang. *C'est le pigment du foie malade* (Hayem), de même que la bilirubine est celui du foie sain (Tissier).

Cette substance a un pouvoir tinctorial trop faible pour qu'elle puisse, à *elle seule*, colorer les tissus. Il n'existe donc pas d'ictère exclusivement *urobilique*; en d'autres termes, l'urobilinurie pure ne s'accompagne pas d'ictère. Mais l'urobiline coexiste fréquemment avec le pigment rouge brun ou bilirubidine, dans les urines qui donnent la réaction hémaphéique.

Quant à la *bilirubidine*, elle se forme, lorsqu'on expose, à l'air, des solutions de bilirubine ou de biliverdine ou des urines contenant une forte proportion d'urobiline. Elle n'est pas l'urobiline, quoiqu'elle donne, au spectroscope, une bande d'absorption analogue (Tissier).

Il existe donc, *chimiquement et cliniquement*, trois variétés d'ictère : 1° l'ictère *biliphéique* (Gubler) ou *bilirubique* (Tissier), fourni par les pigments biliaires normaux, et caractérisé, au point de vue urologique, par la réaction de Gmelin; 2° l'ictère *hémaphéique* (Gubler), *hémaphéique pur* (Hayem), *bilirubidique* (Tissier), dans lequel l'urine prend, par l'acide nitrique, la couleur acajou et contient exclusivement du pigment modifié, avec une quantité variable d'urobiline ; 3° l'ictère *mixte* (Hayem) qui correspond,

la filtrer, si elle est trouble; de l'acidifier légèrement avec quelques gouttes d'acide acétique si elle est alcaline, la bande de l'urobiline étant plus nette dans un milieu acide ; et d'employer toujours des tubes de même calibre, afin de pouvoir évaluer approximativement la quantité d'urobiline contenue dans le liquide, d'après l'intensité de la réaction spectrale.

Jaffé, Méhu, Grimbert, pratiquent l'analyse spectrale de l'urobiline en solution alcoolique ou éthérée, après l'avoir extraite de l'urine au moyen de procédés trop compliqués pour que nous les indiquions ici (V. Calmette, loc. cit.)

C'est le procédé de Méhu qui a été suivi dans les analyses du tableau LXXV, n° 2.

probablement, à l'ictère *mixte* de Gubler et dans lequel l'urine contient un mélange de pigments biliaires normaux, de pigment modifié et d'urobiline.

Ces notions préliminaires acquises, il est clair que l'urologie de l'hépatite suppurée doit compter : 1° avec les pigments biliaires normaux ; 2° l'urobiline; 3° les pigments modifiés donnant, avec ou sans mélange d'urobiline, la réaction hémaphéique.

On n'a pas souvent l'occasion de constater la présence des *pigments biliaires normaux*, à l'analyse de l'urine, dans la suppuration endémique du foie, parce que l'ictère vrai ou *biliphéique* y est très rare. On ne l'y observe guère qu'avec de très volumineux abcès ou des collections purulentes faisant saillie à la face inférieure de l'organe, au voisinage du hile, conditions dans lesquelles il est produit mécaniquement, par compression des gros canaux biliaires et obstacle à l'écoulement de la bile.

Ce phénomène clinique est aussi peu fréquent dans l'hépatite à grands abcès, qu'il est commun dans les petits abcès multiples de l'infection purulente chirurgicale ; différence symptomatique qui n'implique nullement une différence de nature entre les deux conditions morbides, car les grands kystes hépatiques et les kystes multi-loculaires du foie, affections identiques au fond, ont, avec le syndrome ictère, les mêmes relations que les abcès de cette glande, les grands kystes évoluant généralement sans lui, alors que les kystes multiloculaires le déterminent presque toujours.

L'origine de *l'urobiline*, sa signification pathologique et ce nom de *pigment du foie malade* qui lui a été donné par Hayem, nous avaient fait croire que la présence de cette matière colorante, dans les urines, devait être un fait ordinaire, sinon constant, chez les individus atteints d'hépatite suppurée. Aussi, avons nous été surpris de ne la trouver consignée dans aucun des bulletins d'analyses, pourtant très soignées, que nous avons utilisées pour cette étude. (1)

Quant à *l'ictère hémaphéique*, avec sa signature chimique, la formation d'un anneau acajou dans l'urine au contact de l'acide azotique, il est probablement plus fréquent que l'ictère dérivé des pigments biliaires normaux, dans l'hépatite suppurée, et c'est lui, sans doute, que Dutroulau désigne, lorsqu'il écrit : « Cependant, quand on a observé attentivement un grand nombre d'hépatites, on peut reconnaître presque toujours une teinte jaune paille de la

(1) Une faible bande d'urobiline au spectroscope, est notée dans l'obs. I de la thèse de Leblond.

peau ; ce n'est pas de l'ictère, c'est seulement de la *pâleur ictérique*, accompagnée quelquefois d'une coloration plus foncée des conjonctives *et ne s'accompagnant pas du passage de la matière colorante de la bile dans les urines* (1).

Ce peut être, dans l'inflammation suppurative du foie, un signe très important à recueillir. Gubler y voyait l'*indice de l'insuffisance hépatique*. Il put diagnostiquer, d'après ce seul renseignement, une suppuration hépatique profonde qui se traduisait exclusivement par du dépérissement et de la fièvre hectique, sans le moindre signe de douleur locale ou d'hypertrophie de la glande (Rendu). Plus récemment, dans des circonstances analogues, Bouveret est arrivé aux mêmes conclusions exactes, d'après la même indication (2).

Appareil cutané.

L'*ictère* n'est pas la seule modification dont la peau puisse être affectée, dans l'hépatite suppurative. Il convient de citer encore des *éruptions furonculeuses* déjà signalées au chapitre *Pathogénie*, et une singulière lésion indiquée par Dalmas (3) : « Un symptôme qui, dit-il, s'est manifesté, chez moi, sur l'organe cutané, c'est l'apparition d'éphélides hépatiques en différents endroits, et, en outre, l'exfoliation de l'épiderme des mains, de la plante des pieds et du cuir chevelu, qui se détachait, de ce dernier surtout, et tombait en écailles furfuracées assez abondantes, par le plus léger frottement. Ce phénomène commençait à la paume des mains et à la plante des pieds, sous forme de points blancs provenant du soulèvement de l'épiderme, comme une vésicule sèche; celle-ci s'ouvrait à son centre, et la solution de continuité s'étendait en divergeant vers une circonférence plus ou moins étendue. Cela se reproduisait à l'infini, au point d'envahir toute la surface palmaire, ainsi que la surface plantaire, et a continué pendant plusieurs années, augmentant à l'époque des fortes chaleurs. Du reste, cette exfoliation épidermique s'opérait sans produire la

(1) Op. cit. p. 644.

(2) *Abcès du foie. Hémaphéisme de l'urine.* Lyon méd., avril 1881. In th. cit. de Bonnaud.

(3) *De l'hépatite chronique ou obstructions du foie observées dans l'Inde.* Th. Mont. 1835. — Dalmas quitta l'île Maurice atteint d'hépatite suppurée. Il recouvra la santé au cap de Bonne-Espérance, après avoir, si les souvenirs de nos lectures sont exacts, évacué, par les bronches, le pus d'un abcès.

moindre sensation des parties sous-jacentes ; seulement cette partie de la peau était plus chaude et très sèche.

Un planteur anglais, à l'île Maurice, qui s'occupait un peu de médecine et qui observait avec exactitude les malades que je traitais sur son habitation, me disait un jour, en me montrant ses mains : « Vous voyez, mon cher docteur, ces petites squames de l'épiderme qui se séparent et se renouvellent sans cesse ; eh bien, c'est un signe que mon foie est malade, car j'ai remarqué la même chose chez beaucoup de personnes atteintes d'hépatite chronique. Voyez vous-même, ajouta-t-il, en me retournant les mains, si vous n'en avez pas en grande quantité, parce que votre hépatite chronique est plus forte que la mienne. » Et le *gentleman* avait raison. » (1)

Système nerveux.

D'après Sachs et son commentateur Van Leent, les patients seraient, presque toujours, obsédés par une *insomnie* absolue.

Ce trouble fonctionnel existait très-nettement, chez un de nos malades souffrant encore du foie, mais sans signe positif d'abcès actuel, plusieurs mois après l'incision d'une collection purulente.

Le *délire* ne s'observe guère que dans l'hépatite suppurée à réaction typhoïde, condition dans laquelle on le voit coïncider avec la *stupeur*, *les soubresauts des tendons* et autres désordres nerveux.

Nutrition.

Un *amaigrissement* progressif manque rarement au tableau symptomatique des hépatites chronique et subaiguë. C'est un véritable marasme qui, comme maint autre élément clinique, la fièvre par exemple, peut, tour à tour, selon le cas ou selon le médecin, dérouter le diagnostic en faisant croire à une tuberculose pulmonaire ; le confirmer en complétant l'apparail séméiotique ; ou lui servir d'appel, si rien par ailleurs n'explique cette déchéance organique.

Il faut savoir, cependant, que l'abcès du foie peut exister chez des individus offrant tous les attributs d'une florissante santé, et se

(1) Il est douteux que la petite lésion cutanée décrite par Dalmas soit un signe d'hépatite suppurée. La simple congestion chronique du foie peut, sans doute, la produire ; peut-être même ne dépend-elle que des conditions climatériques ou saisonnières du milieu.

rappeler que Rouis a vu des malades acquérir, en dépit de leur dysenterie, un embonpoint anormal qui coïncidait parfois avec une atrophie du système musculaire, communiquant à l'habitude extérieure et principalement au facies, un aspect tout spécial.

Mais ces cas sont exceptionnels, de sorte que, dans l'inflammation suppurative du foie, l'arrêt de l'amaigrissement et l'augmentation du poids du corps qui, généralement, marchent de pair avec la déclinaison de la courbe thermométrique et la cessation de la fièvre, représentent des conditions pronostiques favorables.

La dénutrition et la réparation des pertes subies s'effectuent avec une *extrême rapidité*, dans certains cas d'abcès du foie, avant et après l'opération. Nous avons vu des malades perdre d'abord, puis regagner, dès qu'ils étaient opérés, plusieurs kilogrammes par semaine.

Fonctions utéro-ovariennes.

Les auteurs qui ont eu l'occasion d'observer l'hépatite suppurée chez la femme, semblent n'avoir constaté aucun trouble *menstruel* imputable à cette affection ; du moins, ils n'en font pas mention dans leurs écrits.

CHAPITRE IX

COMPLICATIONS ET SUITES

On peut observer, au cours de l'hépatite suppurée, diverses complications que nous grouperons ainsi : 1° Complications locales; 2° Complications de voisinage ; 3° Complications à distance.

1° *Complications locales.* — Ce sont celles qui affectent l'abcès lui-même. Elles sont au nombre de deux : l'hémorrhagie et la gangrène.

L'*hémorrhagie* dans le sac d'un abcès non incisé est un accident absolument rare. Nous n'en connaissons qu'un exemple, rapporté par le Dr S. Rogers (1). Voici cette observation :

Obs. LVIII. — Capitaine. Voussure du côté droit; foie tuméfié et douloureux. Avant l'entrée, a vomi un caillot de sang. Deux jours après, défaillance ; délire ; une selle qui paraît composée de sang.

Autopsie : foie énorme; gros abcès contenant environ trois quarts (2) d'un mélange de pus, de sérum et de caillots sanguins ; parois très dures et comme cartilagineuses, leur face interne offrant un aspect lacéré et ulcéré çà et là, d'où le sang épanché dans la cavité de l'abcès. Vésicule biliaire distendue, renfermant du sang coagulé et flottant dans du sérum. Rate volumineuse et dure. Estomac contracté; petites taches rouges sur sa muqueuse, mais pas d'érosions. Intestin grêle sain d'un bout à l'autre. Cœcum épaissi ; muqueuse ulcérée. Quelques ulcérations dans le côlon ascendant.

« A l'examen le plus minutieux, nous ne pûmes trouver, ni dans l'estomac, ni dans l'intestin, le point de départ de l'hémorrhagie qui s'était manifestée par les selles et le vomissement. Nous trouvâmes quelques petits

(1) *Case of hepatic abscess with fatal termination from hemorrhage into the sac which passed thence thro' the Gall-ducts into the intestine.* The Madras Quart. méd. journ. 1842, vol. IV.

(2) Le quart (de Gallon) = 1 litre 13 cent.

caillots sanguins adhérents au duodénum ; mais les parois de cet intestin étaient à l'état normal. Le cœur et les poumons étaient sains ; toutefois il y avait adhérence de tout le poumon droit à la plèvre costale.

Je m'attendais à rencontrer dans l'estomac la raison de cette hémorrhagie; mais il n'existait aucune lésion ni dans cet organe ni nulle part ailleurs dans le tube digestif. Mon opinion, partagée par le Dr Lorimer, qui voulut bien m'assister dans cette autopsie, fut qu'il n'en existait qu'une explication plausible : le passage du sang, de l'abcès, dans les conduits biliaires, et de là, dans le duodénum. »

La *gangrène* est une lésion un peu moins exceptionnelle. On peut l'observer dans deux conditions : quand l'abcès communique avec l'extérieur, soit par une incision chirurgicale, soit par une ouverture due au travail ulcératif de la suppuration ; et lorsqu'il représente une cavité rigoureusement incluse dans le parenchyme hépatique, sans issue de pus au dehors. La coïncidence de cette dernière variété de sphacèle du foie avec la gangrène du gros intestin a paru constante à Dutroulau.

L'infection pyogénique qui est, pour nous la raison essentielle de la suppuration hépatique, peut donc se compliquer d'une autre infection qui a pour véhicule, tantôt l'air atmosphérique, tantôt les liquides de l'intestin et le sang de la veine-porte.

La gangrène qui en résulte n'est à vrai dire, dans les faits du deuxième groupe, qu'une trouvaille d'autopsie ; car aucun signe clinique ne lui appartient en propre, pas même l'état typhoïde qui peut être observé sans qu'elle existe. Ses caractères anatomiques sont, avec l'odeur particulière du pus et du parenchyme hépatique, l'aspect putrilagineux de la face interne de l'abcès qui présente, comme paroi, une couche mollasse de tissu grisâtre ou verdâtre, séparée du tissu sain par une ligne de démarcation. Ainsi que le fait remarquer Dutroulau, ce sphacèle de l'abcès ne doit pas être confondu avec la teinte noire que prennent parfois les parois d'une poche purulente hépatique en communication avec l'air.

2° *Complications de voisinage.* — Elles intéressent le péritoine, les côtes, la plèvre, le poumon et le péricarde.

L'inflammation *péritonéale* provoquée par la suppuration du foie est diffuse ou circonscrite.

Diffuse, elle provient de la chute du pus d'un abcès dans la cavité péritonéale, alors que celle-ci n'a pas été cloisonnée par des adhérences préalables. C'est une inflammation généralisée, septique et suppurative qui reproduit le tableau classique de la péritonite par perforation, et appartient à l'histoire des migrations du pus

hépatique, plutôt qu'à celle des complications de l'hépatite suppurée.

Circonscrite, voisine du foie, *péri-hépatique*, elle est la conséquence ordinaire des abcès parvenus au contact des couches superficielles de la glande et se présente sous deux formes : l'une sèche ou adhésive, la plus commune; l'autre suppurative.

La *péri-hépatite sèche* consiste en un travail d'exsudation néoplasique aboutissant à la formation de brides et d'adhérences qui fixent, plus ou moins solidement, la capsule de Glisson à la paroi thoraco-abdominale, au diaphragme et aux viscères de l'abdomen. Peu étendue et localisée à la face inférieure du foie, elle peut évoluer sourdement, sans nouvel incident symptomatique.

Siégeant à la face convexe et en occupant une notable partie, elle se révèle, fonctionnellement par une exaspération de la douleur, de la dyspnée et de la toux, physiquement par un bruit de cuir ou frottement que nous avons classé parmi les symptômes fondamentaux, en raison de sa fréquence et de sa signification diagnostique.

La péri-hépatite suppurée ne se forme pas toujours de la même manière et n'offre pas toujours le même aspect.

Tantôt, c'est un abcès du foie qui déverse son contenu dans une loge péritonéale provenant du cloisonnement de la grande cavité séreuse par des adhérences issues d'une péritonite sèche. Ce foyer purulent secondaire communiquant avec la cavité purulente initiale, il en résulte un abcès mixte ou *hépato-péritonéal*, composé de deux poches qui reproduisent la configuration anatomique de l'abcès dit *en bouton de chemise*, quand elles sont en relation par un orifice étroit ou une cheminée tortueuse. L'observation XCV nous offre un exemple de cette disposition.

Mais il s'agit encore, dans ce cas, d'une migration de pus qui n'a, pour notre sujet, qu'un intérêt accessoire.

D'autres fois, du pus se forme dans le péritoine, au voisinage de la glande, et s'y enkyste, sans qu'il y ait communication entre le foyer de péritonite et l'abcès ou les abcès du parenchyme hépatique. Nous sommes ici en présence d'une véritable complication due, sans doute, à une infection microbienne de voisinage, transportée par les voies sanguine ou lymphatique.

Cette péri-hépatite suppurée ajoute peu aux symptômes de l'hépatite qu'elle recouvre. Précédée des signes cliniques de l'inflammation du parenchyme hépatique et donnant lieu à la formation d'une collection purulente qui fait corps avec un organe déjà malade, elle ne peut guère se distinguer de l'hépatite sous-

jacente, et, par le fait, plusieurs observations ont été publiées, établissant que l'on a incisé, drainé et lavé des foyers de péri-hépatite enhystée, en croyant procéder au traitement chirurgical d'un véritable abcès du foie (1).

La *carie costale*, observée et décrite par Chauvel comme une complication des abcès du foie, ouverts à l'extérieur à travers la paroi thoraco-abdominale (2), se manifeste aussi dans des cas d'abcès pointant de ce côté, sans que leur pus se soit épanché au dehors. Cette altération peut alors donner lieu, pour son propre compte, à une voussure acuminée, qu'il est possible de prendre pour une saillie pariétale de l'abcès hépatique lui-même (3).

Des lésions secondaires, analogues à celles que nous venons d'étudier du côté du péritoine, se produisent vers la plèvre.

Le plus souvent, les abcès volumineux qui forment proéminence à la face convexe du foie, sont la cause déterminante d'une *pleurésie sèche* du côté droit, après qu'ils ont provoqué l'inflammation adhésive du péritoine péri-hépatique au-dessous du diaphragme. Cette pleurésie sèche, diaphragmatique d'abord, costale ensuite, a pour effet l'oblitération du sinus costo-diaphragmatique. Elle barre ainsi la route de la cavité pleurale au pus des abcès du foie qui marchent vers le thorax, et, par sa fréquence même, explique pourquoi il est rare que ces collections purulentes y déversent leur contenu. Comme la péri-hépatite, elle exagère la dyspnée, la douleur et la toux. Elle se traduit, elle aussi, par un bruit de frottement ; mais ce signe siège en arrière, alors qu'il est perçu en avant, à l'épigastre ou, très-bas, à l'hypochondre droit, au cas d'inflammation adhésive du péritoine péri-hépatique.

La pleurésie *avec épanchement* est une autre variété de phlegmasie pleurale droite susceptible de survenir au cours de l'hépatite suppurée. Le liquide est tantôt du pus (la rupture de l'abcès dans la plèvre, à travers le diaphragme adhérent et ulcéré, étant actuellement hors de cause) ; tantôt de la sérosité citrine (4).

Le *pus* flotte librement dans la cavité pleurale où il est emprisonné dans les mailles d'une sorte de réticulum constitué par des adhérences (5).

(1) Obs. I du mémoire de Léo : *Observations d'hépatite supp.* Arch. de méd. nav., 1890, t. LIII.

(2) Sur *une complication peu commune des abcès du foie ouverts à l'extérieur: la carie des côtes avoisinant l'ouverture.* Arch. gén. de méd., Juill. 1890.

(3) Obs. XCVI.

(4) Obs. LXIII et XX.

(5) Obs. XCV.

Le mécanisme étiologique de cette suppuration pleurale est identique à celui de la suppuration péritonéale enkystée.

Sous ce rapport, l'épanchement *séreux* est d'une interprétation plus difficile. Il semble, à priori, que le liquide, s'il est d'origine inflammatoire, devrait être du pus, puisque la phlegmasie pleurale qui en déterminerait la formation, surviendrait en conséquence d'une lésion suppurative. D'autre part, s'il n'était rien qu'une sérosité d'*hydrothorax* et, comme parfois l'ascite, ne reconnaissait d'autre cause que l'hydrémie, l'épanchement devrait être double, affectant la plèvre gauche aussi bien que la plèvre droite, et ce qui est l'exception devrait devenir la règle.

Au surplus, argument sans réplique, on a trouvé, dans mainte autopsie, la plèvre épaissie et tapissée de néo-membranes, alors qu'un épanchement séreux ou séro-sanguinolent distendait sa cavité (1).

Nous sommes donc conduits à admettre, comme complication possible de l'hépatite suppurée, une pleurésie droite indépendante de l'infection pyogénique.

Bien qu'elle soit une cause additionnelle de dyspnée, et qu'elle ait ses signes physiques propres (modification plessigraphique du niveau supérieur de la matité qui, d'elliptique et convexe en haut, devient parabolique, œgophonie, pectoriloquie aphone, etc.), cette pleurésie droite, purulente ou séreuse, passe souvent inaperçue, étant en quelque sorte englobée dans l'expression symptomatique d'un abcès du foie diagnostiqué, à moins, pourtant, qu'ayant été reconnue la première, elle ne soit l'occasion d'une erreur clinique inverse et ne *masque* l'hépatite (2).

La *gangrène* est la dernière complication pleurale que nous ayons à indiquer. Elle est notée dans une des observations que nous avons analysées et coïncide avec semblable lésion des deux tiers inférieurs du poumon droit. La plèvre était remplie de pus hépatique, coloré en vert par la bile (3). Ce n'était donc, à vrai dire, qu'un accident de migration.

Quand un liquide est épanché dans la cavité pleurale, le *poumon* droit se trouve, comme dans la pleurésie commune, refoulé en haut et en dedans, vers la colonne vertébrale, sauf le cas où des adhérences le retiennent par sa base.

(1) Obs. XX.
(2) Obs. XX.
(3) Obs. CXXII.

La plupart des autopsies mentionnent de la *congestion pulmonaire*, prédominante à droite et aux parties inférieures.

La *pneumonie lobaire*, fibrineuse ou purulente, siégeant à droite ou à gauche, à la base ou au sommet, est signalée dans quelques relations cliniques et nécropsiques (1). Cette complication qui, quand elle affecte la base du poumon droit, ne doit pas être confondue, tant sous le rapport anatomique qu'au point de vue des symptômes, avec la phlegmasie pulmonaire suppurative provoquée par les abcès du foie à tendance thoracique, peut évoluer avec tous les signes de la pneumonie franche, ou se dissimuler entièrement sous les phénomènes cliniques de l'hépatite suppurée.

Les conditions étiologiques dans lesquelles cette altération secondaire du poumon se développe, disent assez nettement le degré d'aggravation qu'elle fait subir à la situation du malade, ainsi que la sévérité du pronostic qu'elle comporte.

La *gangrène* pulmonaire a été observée, comme lésion cadavérique, dans certains cas d'abcès hépatiques dont le pus avait été évacué par les bronches.

Le *péricarde* est assez rarement atteint par le processus dérivé de l'hépatite suppurée, soit que l'on considère les migrations du pus hépatique, soit que l'on s'en tienne à l'étude des seules complications. La *péricardite* sèche, séro-fibrineuse ou purulente, ne s'observe presque jamais dans cette dernière condition. L'*hydro-péricarde* vraie se rencontre un peu plus souvent, du moins en tant que lésion constatée à l'autopsie, car on compte les observations où le liquide épanché s'est révélé cliniquement et aurait pu être l'occasion de quelque indication thérapeutique.

3° *Complications à distance.* — La dysenterie, l'impaludisme, l'infection purulente et la fièvre typhoïde appartiennent à ce groupe.

Dysenterie. — L'hépatite suppurée complique la dysenterie plus souvent qu'elle n'est compliquée par elle, puisque, comme nous l'avons vu quand nous avons étudié les relations étiologiques de ces deux maladies, l'affection intestinale est, dans la grande majorité des cas, la condition morbide initiale.

Il se peut, toutefois, que la dysenterie étant aiguë et la suppuration hépatique se produisant rapidement, elles aient une évolution, en apparence, simultanée ; ou encore, qu'un abcès du foie ayant pris naissance à la suite d'une infection pyogénique qui aura eu pour point de départ l'intestin et pour porte d'entrée une exul-

(1) Haspel. — Maladies de l'Algérie, T. II, p. 222. Obs. VIII.

cération, une fissure de la muqueuse, il y ait rappel ou transformation aiguë d'un flux intestinal ancien, et que la dysenterie paraisse consécutive à l'hépatite; ou enfin, qu'un abcès du foie, formé, comme nous venons de le dire en dernier lieu, entretienne, dans le système porte, une stase sanguine qui diminue la résistance de la muqueuse intestinale et ouvre une brèche aux microbes du pus contenus dans l'intestin, auquel cas la dysenterie succéderait bien réellement à l'hépatite suppurée.

Tels sont, explication à part, les trois modes cliniques de ce que l'on a nommé la *dysenterie hépatique*.

Quand l'inflammation du foie suit nettement l'affection dysentérique, son début et ses symptômes peuvent se montrer aussi francs que ceux d'une hépatite primitive. Il est habituel dans ces circonstances, que, quand les selles présentent le cachet dysentérique aigu, ces évacuations alvines spéciales subissent une suppression complète, une diminution marquée, ou la transformation diarrhéique.

Lorsque la dysenterie et l'hépatite ont une évolution simultanée, les symptômes de la première masquent, généralement, les signes de la seconde (1). On ne saurait trop répéter, après les médecins militaires de l'Algérie et Borius (2), que, dans ces conditions surtout, l'hépatite suppurée n'est pas une de ces affections qui, par l'éclat de leurs symptômes, s'imposent à l'attention du médecin, et qu'il faut l'y rechercher, comme on poursuit, précepte classique depuis Bouillaud, les complications cardiaques dans le rhumatisme articulaire aigu. On doit donc, régulièrement et systématiquement, chaque jour, dans les régions tempérées aussi bien que dans les pays chauds, examiner le foie des dysentériques, le percuter, le presser, l'ausculter même, interroger ses troubles fonctionnels si l'on ne veut pas s'exposer à méconnaître la complication hépatique et si l'on tient à faire autre chose qu'un diagnostic de nécropsie.

Lorsqu'enfin la dysenterie reparaît ou paraît, avec ses matières alvines caractéristiques, chez un individu dont le foie subit une inflammation suppurative, il est très remarquable qu'une notable détente des symptômes hépatiques succède rapidement à ce flux intestinal. C'est le deuxième aspect de cette alternance réciproque reconnue par tous les auteurs, entre les troubles fonctionnels de

(1) Hépatite larvée.

(2) *Topographie méd. du Sénégal.* Arch. de méd. nav., 1882, T. XXXVII.

l'intestin et du foie, balancement symptomatique qui nous semble avoir pour analogie, dans le domaine de l'endémo-épidémiologie, d'après les observations de L. d'Ormay et nos recherches statistiques, les oscillations, saisonnières et annuelles, généralement inverses, de la suppuration hépatique et de la dysenterie.

Impaludisme. — Il est certain qu'on prend souvent, pour des manifestations paludéennes, la fièvre intermittente ou même rémittente symptomatique de la formation ou de la présence du pus dans le foie (1). Cependant, comme la plupart des malades porteurs d'abcès du foie sont d'anciens résidants des pays chauds, plus ou moins imprégnés d'impaludisme, il n'est pas irrationnel d'admettre que l'infection palustre puisse s'adjoindre à l'infection pyogénique et se manifester au cours d'une hépatite suppurée, soit par des accès fébriles réguliers, intermittents ou rémittents, soit par l'un quelconque des syndrômes anormaux connus sous le nom d'*accès pernicieux.* Il ne sera pas inutile de rappeler, à ce propos, que les paroxysmes sont vespéraux dans l'hépatite suppurée, tandis qu'on les observe le matin dans l'infection malarienne ; en ajoutant que la fièvre de suppuration hépatique ne cède pas au sulfate de quinine et semble en être à peine influencée.

Quant aux accès pernicieux intercurrents, on fera bien de rechercher, tout en prescrivant la quinine, s'il n'existe pas, par hasard, d'explication pathogénique autre que celle-là ; car il est en clinique peu de sujets aussi fertiles en erreurs de diagnostic (1).

Infection purulente. — La fièvre est, en réalité, dans l'hépatite suppurée, l'expression d'une infection purulente partie du foie. Dans certains cas d'abcès hépatiques *volumineux*, les foyers de

(1) « Méfiez-vous, en Afrique, de ces fièvres rémittentes à marche irrégulière dont les redoublements surviennent vers le soir et qu'on prend fréquemment pour de vraies intermittentes, erreur grave puisqu'elle détourne l'attention du véritable point à connaître, c'est-à-dire de l'état morbide des organes. — Haspel. *Maladies de l'Algérie*, t. II, p. 176.)

(1) « Je ne veux pas laisser passer l'occasion qui se présente naturellement à moi, ici, de rappeler que l'on appelle volontiers *accès pernicieux* au Sénégal, toute affection qui tue, alors même que la maladie est tout à fait indépendante du paludisme, et l'observation suivante va nous montrer que l'erreur est d'ailleurs facile » (Bérenger-Féraud. *Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal*, t. I.)

Cette observation a pour titre : « Dysenterie. Hepatite latente avec abcès du foie pris pour de la fièvre intermittente. Phénomènes graves pris pour un accès pernicieux. Mort. Autopsie montrant l'ouverture de l'abcès du foie dans le péricarde. » Nous en avons déjà résumé les principaux détails à propos des migrations vers le péricarde.

suppuration se multiplient et l'on en trouve dans d'autres organes tels que les poumons, l'encéphale, les reins, les articulations, etc. C'est cet état de pyogenèse généralisée qui constitue l'*infection purulente* au sens usuel du mot.

Nous avons examiné ce sujet au chapitre *Pathogénie* et demandé aux adversaires de la doctrine que nous soutenons, comment de telles coïncidences ou complications peuvent se produire si les abcès du foie ne procèdent pas d'une infection pyogénique ou s'ils ne renferment pas de microbes pyogènes.

Fièvre typhoïde. — Avec Dutroulau et Corre, nous admettons que la *dothiénentérie* ne complique pas la suppuration hépatique et que ceux qui ont signalé cette association morbide ont confondu deux choses différentes : la *fièvre typhoïde* et l'*état typhoïde*, à moins qu'ayant observé une fièvre typhoïde compliquée d'abcès du foie, ils n'aient vu, dans l'effet, la cause, et considéré l'hépatite comme la maladie primitive.

Kelsch et Kiener croient à la fréquente corrélation de cet état typhoïde avec la *multiplicité* et la *petitesse* des foyers purulents hépatiques. Ils reconnaissent toutefois, prévenant ainsi une objection qu'il serait facile de leur faire, que l'on trouve des exemples d'abcès nombreux et petits exempts de symptômes nerveux graves, et, inversement, d'abcès solitaires, signalés par des phénomènes ataxo-adynamiques.

Suites

L'intervention chirurgicale et, plus rarement, l'évolution naturelle de la phlegmasie hépatique peuvent procurer, aux individus atteints d'abcès du foie, une guérison solide, durable, et qu'aucun accident ultérieur ne vient démentir. Quelques malades ont même continué à séjourner dans les milieux d'endémicité, sans y subir de récidive et sans y être affectés d'une maladie quelconque.

Il n'en est pas toujours ainsi. Bien souvent, alors même que le foie se trouve débarrassé de toute trace de pus, et longtemps après le rapatriement, l'hypochondre droit reste douloureux ou le redevient par accès, à cause des adhérences qui subsistent et sont tiraillées à l'occasion des mouvements respiratoires, de l'exercice et du travail physique. L'ancien malade est devenu un valétudinaire obsédé par son foie, influencé par le froid, la chaleur et l'humidité atmosphériques, sensible aux moindres écarts de régime alimentaire, incapable d'un effort énergique et soutenu.

D'autres sont tourmentés par un état chronique de dyspepsie, reliquat des perturbations éprouvées par les fonctions hépatiques, et, pour longtemps, condamnés à la diététique la plus sévère.

Ces fâcheuses conditions ne sont pas, d'ailleurs, les seules qu'il soit possible d'observer, et l'on est en droit d'avancer en manière d'aphorisme : que quiconque a été pris d'abcès du foie, conserve, de ce fait, une redoutable susceptibilité à de nouvelles atteintes, même s'il ne quitte pas les régions tempérées ou abandonne les pays chauds, à plus forte raison s'il réside sans interruption dans les foyers endémiques, ou passe de l'Europe aux colonies.

Nous avons déjà (1) parlé de ce danger et nous avons cru pouvoir l'attribuer, du moins dans certains cas, à la reviviscence inflammatoire de résidus d'abcès hépatiques mal éteints.

Au surplus, comme l'écrit Rouis, certains malades ne bénéficient que d'une *guérison imparfaite* : l'orifice thoraco-abdominal de leur abcès hépatique reste fistuleux, peut-être parce que, chez eux, l'état local s'est compliqué d'une carie costale secondaire (2) ; ou bien, sans jamais tarir, leur abcès se ferme temporairement pour s'ouvrir de nouveau au bout d'un laps de temps variable, de manière à donner lieu, sur place, à une interminable série d'abcès à répétition (3).

(1) Chapitre VI.

(2) Sujet dont Rouis rapporte l'observation d'après Maurel (Th. Paris, 1851). Abcès sécrétant encore du pus, trois ans après son ouverture dans le flanc droit.

(3) « M. Martenot, chirurgien sous aide au Val-de-Grâce, a vu, en Algérie, un militaire qui venait, tous les deux ou trois mois, se faire ponctionner son abcès hépatique et qui reprenait son service dans l'intervalle. .. M. Martenot lui ouvrit son abcès pour la 24e fois à la fin de 1840 ». C. Broussais, op. cit. (Obs. également rapportée par Rouis).

CHAPITRE X

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC

Le diagnostic de l'hépatite suppurée est un des points les plus délicats de son histoire.

Cette maladie est parfois tellement insidieuse, tellement latente, que nous avons coutume de dire, dans nos cliniques, qu'il est cent fois plus difficile de trouver un abcès de foie que de l'ouvrir. Cette proposition faite, nous l'avouons, pour frapper l'esprit de nos élèves, est pourtant applicable à certains cas où une science consommée et une grande sagacité n'ont pas mis les chirurgiens à l'abri de toute erreur. Des abcès du foie ont été méconnus, d'autres ont été pris pour des affections étrangères, d'autes ont été affirmés qui étaient simulés par des maladies des organes voisins. Sans doute, en lisant attentivement les observations où ces erreurs sont relatées, on remarque que quelques unes auraient pu être évitées et nous discuterons plusieurs de ces diagnostics, non dans un esprit de critique, mais parce que nous voulons montrer, en serrant l'erreur de près, comment on doit faire pour n'y point tomber.

Il faut bien remarquer d'ailleurs que, pour le plus grand nombre, les erreurs de diagnostic relatives aux abcès du foie ont été commises par des médecins qui, quoique fort instruits, n'observaient pas dans les pays où l'hépatite est fréquente. Leur expérience incomplète de ces cas spéciaux, l'invraisemblance même de l'évolution suppurative du foie en dehors d'une certaine étiologie, expliquent suffisamment qu'ils n'y aient guère songé. Toutefois le diagnostic reste dans bien des cas absolument difficile, et nous le montrerons par des exemples personnels.

L'étude symptomatique générale et analytique que nous avons présentée en détail aux chapitres VII et VIII pourrait nous dispenser de parler du *diagnostic simple ou direct*, si nous ne trouvions que l'on néglige trop en général cette méthode d'investigation. Le diagnostic direct qui consiste à déterminer la maladie, à l'aide de tous les signes qui la caractérisent, doit suffire dans bien des cas ; et le diagnostic différentiel n'est en quelque sorte qu'une contre-épreuve à réserver pour les cas litigieux. Or, pour nous, la plupart des erreurs sont venues de ce que l'on a négligé les signes directs et positifs qui auraient dû au moins faire soupçonner une suppuration hépatique, et que l'on s'est égaré de suite dans les distinctions subtiles et les analogies complaisantes du diagnostic comparatif. Nous trouverons que, dans tel cas, on a noté que le foie était gros et douloureux, mais sans s'arrêter à ce point, on a recouru à des hypothèses forcées pour expliquer la fièvre et l'hépatite a été méconnue. Dans d'autres circonstances, un abcès, spontanément ouvert à la paroi thoracique, a été pris pour une carie costale ; on n'avait ni examiné le pus, ni sondé la fistule.

Enfin combien de fois n'a-t-on pas négligé la ponction exploratrice qui aurait donné, dans neuf cas sur dix, un diagnostic direct et indiscutable. Ainsi notre étude comporte :

Diagnostic simple ou direct ;

Diagnostic différentiel ou comparatif ;

Diagnostic de précision, c'est-à-dire, recherche du siège, du nombre, de la variété, de la tendance migratrice.

I. — Diagnostic simple ou direct.

Parmi les symptômes longuement exposés, dans un précédent chapitre, il en est quelques-uns qui ont une valeur plus grande que d'autres et qui permettent au clinicien d'être promptement affirmatif.

C'est d'abord *la douleur* avec ses diverses manifestations : douleur spontanée à caractère variable; douleur propagée, phrénique, scapulalgique, etc..., mais surtout douleur provoquée en appuyant sur le foie, l'organe enflammé ne supportant, en général, aucune pression. La pression exploratrice sera exercée en divers points, et là surtout où quelque autre signe local appellera l'attention ; elle sera pratiquée avec un seul doigt, sans trop tâtonner, et en déprimant profondément les téguments. Souvent le clinicien fait

ainsi jaillir d'un seul coup une douleur révélatrice, là ou le malade n'accusait que des souffrances vagues, ou même une complète indolence.

En second lieu, on doit tirer d'excellents signes de l'*état physique* du foie. Le gonflement partiel, ou total, de l'organe, est accusé par la *percussion* et la *palpation méthodiques*. Les limites en seront bien reconnues surtout par une palpation spéciale qu'il faut exécuter en mettant la main à plat sur l'abdomen, la pulpe des doigts tournée vers la région hépatique. En déprimant d'abord la paroi et en progressant lentement et par petites secousses des parties dépressibles de l'abdomen, vers la région plus résistante du foie, la main bute contre le bord de l'organe et délimite exactement son étendue. De plus, cette palpation produit sur le foie une sorte de *succussion*, qui peut y éveiller des douleurs bien localisées et apporte ainsi un renseignement très précieux.

L'état de la paroi thoracique constitue le troisième indice positif de la suppuration hépatique : espaces intercostaux élargis et effacés, côtes plutôt relevées qu'abaissées ; quelquefois paroi œdématiée. Ces signes n'ont une réelle valeur que s'ils siègent dans la région hépatique c'est-à-dire au-dessous de la sixième côte.

Tous ces phénomènes physiques sont des éléments de grande importance, mais ils deviennent des symptômes de premier ordre, s'ils sont associés à certaines conditions étiologiques et générales. L'étiologie dysentérique est tellement démontrée qu'elle apporte un grand secours au diagnostic.

Quant à l'état général, il varie, naturellement, suivant la forme et l'ancienneté du mal. Mais dans les cas subaigus ou chroniques qui sont les plus litigieux, il consiste en une constante dénutrition avec facies terreux, dyspepsie, urines pauvres en urée et souvent fièvre hectique.

Chez nos tropicaux, un gros foie, avec quelque souvenir de dysenterie, de la dénutrition et une fièvre modérée à peu près quotidienne, rémittente, contient presque sûrement du pus. Il peut arriver, cependant, que le pus soit diagnostiqué par le volume et la douleur du foie sans fièvre. Enfin, quand il manque l'un des principaux symptômes ou que l'on n'a acquis que des présomptions, il faut avoir recours à la ponction et à l'examen du liquide retiré.

La présence du pus hépatique dans les crachats, dans les selles ou dans le plateau où une ponction l'a évacué est, en effet, le signe pathognomonique de l'abcès hépatique.

Cette recherche comporte donc deux éléments :

1° La ponction exploratrice ;
2° L'examen du pus évacué par migration ou par ponction.

1° Ponction exploratrice. — La ponction exploratrice est, de nos jours, constamment associée à l'ouverture des abcès du foie ; elle est comme un premier temps de l'opération, ou tout au moins un temps préalable qui sert à la fois à assurer l'indication opératoire, et à tracer le chemin que devra suivre le bistouri.

A ce point de vue, la ponction exploratrice fait partie des manœuvres thérapeutiques et nous en reparlerons nécessairement à propos du *traitement* et surtout dans l'*historique du traitement chirurgical.*

Nous l'envisageons ici seulement comme moyen de diagnostic et nous décrirons la manière de l'exécuter, ses avantages et ses inconvénients.

A. — Technique de la ponction exploratrice.

On pourrait la pratiquer comme les anciens chirurgiens avec une aiguille à cataracte, un ténotome, etc... ou bien encore avec le trocart capillaire de Récamier ; on pourrait sur ce trocart mis en place, appliquer une ventouse, comme le conseille Récamier lui-même, et réaliser ainsi ce que les contemporains font avec les instruments aspirateurs. Mais, ce sont là des manœuvres imparfaites et qui peuvent rester sans résultat, bien que l'on ait pénétré dans la collection purulente. Le pus, en effet, est épais, mêlé de détritus, et ne sort qu'à travers une canule assez large et avec une bonne aspiration. Pour les mêmes raisons, les seringues de Pravaz, Déclat, etc... sont insuffisantes, sauf pour les collections très superficielles qui sont recouvertes seulement par la peau amincie.

On se servira donc de l'un des appareils aspirateurs les plus répandus, de Dieulafoy ou de Potain, et l'on prendra un trocart moyen.

L'aiguille creuse présenterait quelque inconvénient, car elle pourrait plus facilement, étant mise en place, et si le malade se livrait à des mouvements désordonnés, causer quelque dégât.

Quelques chirurgiens préfèrent l'aiguille au trocart, parce que marchant le vide en avant, l'aiguille aspire tout foyer qu'elle rencontre, tandis que le trocart pourrait franchir un abcès sans donner du pus. Pour éviter ce mécompte, il suffit de faire un retrait graduel et attentif de la canule quand la ponction à fond est restée stérile.

La canule que nous indiquons remplit à peu près les conditions voulues.

Cependant on peut lui reprocher d'être un peu courte, car elle ne mesure que sept centimètres et demi de longueur et il peut arriver qu'un abcès soit plus profondément situé encore. Tout récemment chez Marx, obs. LXXV, le pus ne fut rencontré qu'à sept centimètres de profondeur ; s'il se fût trouvé un centimètre plus profondément, l'exploration n'aurait pas donné de résultat.

Quand faut-il faire la ponction exploratrice ? Toutes les fois qu'il y a *présomption*, ou seulement *soupçon* d'une collection purulente dans le foie.

Quand est-on dispensé de la faire ? Dans le cas, seulement, où l'abcès est tellement superficiel, tellement fluctuant, tellement évident, en un mot, que l'on ne risque rien à y plonger directement le bistouri. Mais, encore dans ces cas, la ponction est une manœuvre si bénigne, qu'elle ne pourra être faite qu'avec avantage, à titre de complément d'inventaire. Mais, revenons à la première question : doit-on faire la ponction toutes les fois qu'il y a *présomption* ou seulement *soupçon* de suppuration hépatique ?

Nous répondrons affirmativement pour deux raisons : la première, c'est que, seule dans bien des cas, la ponction a permis d'établir un diagnostic positif ; la seconde, c'est qu'elle ne présente à peu près aucun inconvénient.

S'il est vrai que le diagnostic est difficile, que, fréquemment, le clinicien hésite longtemps avant d'affirmer qu'il y a du pus dans le foie,alors que cependant il a recueilli des signes de présomption, ne doit-il pas se hâter de transformer cette présomption en certitude ? Bien plus, un simple soupçon suffit, car tandis que le malade atteint de fièvre hectique, de dénutrition graduelle, menacé de complications thoraciques ou abdominales, perd chaque jour du terrain par suite de l'obscurité du diagnostic, le clinicien trop timide serait responsable d'un désastre s'il n'employait un moyen d'exploration aussi simple et aussi décisif.

Presque toujours, en effet, la ponction exploratrice donne un résultat, si elle est pratiquée en un lieu favorable, suivant certains indices, et si elle est répétée un certain nombre de fois, au cas où les premières tentatives auraient été infructueuses. On a pu faire jusqu'à douze ponctions dans un foie, avant de trouver le pus, et il n'est pas un chirurgien, habitué à cette pratique, qui n'ait eu la satisfaction, en persévérant dans cette exploration, de

mettre à jour un abcès, au sujet duquel il avait les plus grandes présomptions.

Innocuité de la ponction. — On a quelquefois parlé des dangers de cette ponction. Elle pourrait produire des douleurs, des hémorrhagies, de la suppuration.

La *douleur* de la ponction est en général supportable, brève et fugitive. Elle aurait pourtant quelqu'inconvénient chez les malades épuisés et devenus très irritables, surtout si l'on est obligé d'y revenir plusieurs fois. On pourrait l'atténuer par une injection de cocaïne à la peau. En tout cas, l'importance de la ponction exploratrice est telle, qu'il ne faut pas y renoncer par crainte d'une douleur, que nous avons toujours vue disparaître en même temps que le trocart. Seul, Jaccoud a signalé qu'après une ponction du foie, il avait vu éclater des douleurs de la région hépatique propagées à l'épaule. Sans doute, quelque filet important du nerf phrénique avait été atteint. L'*hémorrhagie* n'est pas à redouter. Un trocart quelque peu volumineux peut, il est vrai, donner lieu à un certain écoulement de sang, particulièrement dans le cas d'hypérémie hépatique. Mais cet écoulement s'arrête en retirant la canule.

On a pu même pratiquer ainsi une véritable *phlébotomie* du foie dans le but de dégorger l'organe et l'on y a réussi.

Harley (1) propose cette saignée locale pour combattre la congestion du foie, et après en avoir vérifié l'innocuité par des expériences sur les animaux, il cite deux cas cliniques avantageux, ainsi que d'excellents résultats obtenus aussi dans une hépatite par Mac Lean de Netley.

Dans un cas récent, nous avons aussi éprouvé l'avantage thérapeutique de cette pratique, quoique nous ne l'ayons employée que dans un but d'exploration.

Obs. LIX (2). — Un soldat de 26 ans, revenant du Dahomey, y avait contracté des accès de fièvre violents, avec congestion hépatique, pas de dysenterie.

A son entrée à Saint-Mandrier, en décembre 1891, la tuméfaction et la douleur de la région hépatique le firent placer à la salle des blessés, sous la rubrique d'*hépatite suppurée.* Le foie était, en effet, très volumineux, douloureux au palper et les côtes inférieures soulevées et écartées.

L'homme fut en proie, les premiers jours, à des accès de fièvre violents, irréguliers, accompagnés d'embarras gastrique et de nausées.

(1) Harley. — Assoc. méd. de Brighton. Semaine méd. B. 86, p. 1330.
(2) Inédite.

Les urines, très-rares, ont présenté à certains moments une couleur vin de Malaga.

Dès l'entrée, il lui fut pratiqué deux ponctions exploratrices sous le rebord costal, et le trocart n'amena que deux ou trois cuillerées de sang. Un soulagement manifeste s'en suivit et les phénomènes si alarmants du début furent dissipés pour une dizaine de jours. Le foie avait même cessé d'être douloureux et il avait diminué de volume. Pendant une seconde crise, on fit encore deux ponctions qui agirent comme saignée locale et soulagèrent immédiatement le malade. Mais on acquit la conviction qu'il n'y avait pas d'hépatite suppurée.

La forme paroxystique, l'efficacité de la quinine, et l'examen des urines établirent du reste nettement qu'il s'agissait d'un *accès bilieux hématurique*. — L'homme guérit parfaitement.

Ainsi, l'hémorrhagie toujours modérée et de courte durée qui accompagne les ponctions du foie est sans inconvénient aucun.

Quant à la suppuration amenée par de semblables piqûres, ce serait évidemment un accident redoutable s'il se produisait.

Mais l'absence de suppuration comme de toute altération importante du tissu hépatique après ponction a été démontrée surabondamment par des expériences de laboratoire et par des faits cliniques.

Dans une thèse souvent citée (1), Lavigerie établit, il y a vingt-cinq ans, que des ponctions du foie faites chez des chiens, ne laissent, après quelques jours, que des traces insignifiantes.

Ces expériences furent aussitôt répétées par les médecins d'Alexandrie (2) et de nombreuses piqûres du foie faites chez le bœuf, le chien et le lapin n'ont jamais produit d'accident sérieux. Harley pratiqua aussi des essais semblables et nous en avons fait nous-mêmes chez des chiens, des lapins et des cobayes (3). Constamment les traumatismes du foie, aseptiques bien entendu, se sont réparés sans désordre grave et sans suppuration, que l'organe ait été divisé, suturé ou simplement ponctionné.

Quant aux faits cliniques, ils sont aussi très démonstratifs, et l'on n'a guère émis que des réserves théoriques. Au contraire, dans un grand nombre d'autopsies, on a pu rechercher, sans y trouver aucune lésion importante, les traces de ponctions récentes. Jaccoud (4) a publié un cas où, à la suite d'une dizaine de ponctions, le tissu du foie était presque sans altération.

(1) De Lavigerie. — De l'hépatite et des abcès du foie. Thèse de Paris, 1866.
(2) Bulletin de la Soc. médico-chir. d'Alexandrie, 1867.
(3) De la contusion du foie. Taddei. Thèse de Montpellier, 1881.
(4) Jaccoud. — Gaz. des hôpitaux, 1867.

Les écrivains anglais de l'Inde avaient depuis longtemps fait cette remarque, et peu de temps après que Murray eut vulgarisé dans la province de Madras la ponction aspiratrice préalable à l'évacuation, Allan Webb (1) en célébrait les avantages avec enthousiasme : « Bien d'autres cas confirment les justes vues de » feu l'inspecteur général Murray, relativement au bénéfice qui » résulte non seulement de la ponction faite de bonne heure, mais » encore de la simple opération d'explorer, même s'il n'y a pas de » pus et si rien autre chose que du sang n'est évacué », et l'auteur cite alors un mémoire de Murray où il est dit : « Considérant les » signes locaux et généraux comme significatifs d'une suppuration, » je poussai un trocart dans le foie, à l'épigastre, là ou il faisait » saillie, mais il ne coula qu'un peu de sang, quand je retirai le » stylet. Mal satisfait de cette exploration, je poussai de nouveau » l'instrument explorateur, en arrière du côté, entre la 8me et la » 9me côte, lorsque, à notre satisfaction, du pus coula.

» . . . . Les détails de l'autopsie montrent » qu'aucune fâcheuse conséquence n'est résultée des ponctions, » et qu'il n'y a par suite aucun danger à pousser un trocart explo- » rateur dans le foie augmenté de volume. »

Cet exemple entraîna la conviction des chirurgiens de l'Inde, et dans un bulletin statistique de Madras (2) (1844) on a réuni 78 cas traités dans cette province de 1840 à 1844. Sur ce nombre la ponction exploratrice a été systématiquement employée 40 fois, dont 27 fois avec un plein succès; 13 fois, elle n'a rien amené. *Jamais elle n'a fait de mal.*

En France, comme dans l'Inde, cette innocuité est aujourd'hui très généralement admise. Il n'est guère permis de croire, avec le docteur Corre (3), que : « Dans un tissu malade, en état d'immi- » nence suppurative, les ponctions du foie soient susceptibles » de précipiter l'évolution complète d'un processus qui, sans elles, » aurait pu rétrograder » ? Malgré toute l'autorité de notre savant ami, nous regardons cette allégation comme une simple vue théorique, combattue du reste par de nombreux faits. Corre, lui-même, ne dit-il pas, une page plus haut, qu'il vit : « A la suite de ponctions » infructueuses, une amélioration sensible, explicable seulement » par une action révulsive, se produire dans les phénomènes locaux » et généraux ».

(1) Allan Webb. — Pathologia indica, p. 113 et suivantes.
(2) Madras quaterley Med. Journal. Oct. 1844, p. 318.
(3) Corre. — Traité clinique des maladies des pays chauds, p. 822.

Une seule fois nous avons entendu raconter par un de nos camarades de la marine qu'une ponction exploratrice avait occasionné la formation d'un peu de pus, que l'on constata à l'autopsie au point où le trocart avait atteint la surface du foie. Mais ce médecin avouait que l'instrument n'était pas aseptique. Est-il nécessaire d'insister sur l'importance de cette réserve? Faire une ponction quelconque avec un instrument non aseptique, est une pratique qui ne se discute même pas.

Quant à nous, jamais nous n'avons éprouvé aucun contretemps par suite de ces ponctions exploratrices, et parmi les faits récents qui nous reviennent en mémoire, nous citerons celui de Grieumard (Obs. LIII), chez lequel plusieurs ponctions restées inefficaces ne laissèrent aucune trace appréciable au moment de l'autopsie. Il en fut de même dans l'exemple suivant :

Obs. LX (1). — Guirriec, matelot, âgé de 41 ans, atteint de dysenterie et hépatite après de nombreux séjours dans les colonies, est repris depuis un mois de selles dysentériques. — Appétit nul, langue saburrale. — Soif vive. — Fièvre rémittente allant de 38°2 le matin, à 39° le soir. — Ventre douloureux à la pression, surtout dans l'hypochondre droit. Les forces diminuent chaque jour. — 5 avril 1885. — Le sulfate de quinine est sans effet sur la fièvre. — Diarrhée persistante.

10 avril. — Foie très douloureux, hypertrophié, dépassant le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt et remontant jusqu'au mamelon.

L'état général reste le même pendant tout le mois ; on applique des révulsifs et les symptômes locaux s'atténuent.

Cependant le 10 mai on note que la matité remonte toujours jusqu'au mamelon sans que l'auscultation révèle autre chose que des signes de tassement pulmonaire et que la mensuration du thorax donne 2 centim. de plus à droite qu'à gauche. La région hépatique est du reste douloureuse et la température se maintient entre 39° et 40°.

Le 16 mai. — On pratique sans succès deux ponctions exploratrices, avec l'appareil de Potain, l'une dans la région antéro-externe et l'autre plus en dedans.

Le 22 mai. — Nouvelle ponction dans le 9me espace intercostal. — Aucun liquide n'est amené. Cependant le malade déclare qu'il se sent « dégagé ».

Enfin, après quelques jours d'une déchéance rapide de tout l'organisme, le malade succombe le 30 mai.

Autopsie. — Aucun épanchement dans le péritoine. — Estomac sain. Le pylore, le duodénum, la tête du pancréas, les canaux hépatiques sont unis par des adhérences molles ; pas de pus.

Foie très-volumineux, adhérent par la face concave de son lobe gauche

(1) Inédite.

aux organes sous-jacents ; adhérences aussi au niveau de la région droite supérieure et postérieure qui recèle un abcès volumineux contenant 500 gr. de pus rougeâtre très fétide.

Le tissu du foie, autour de l'abcès, est noirâtre et infiltré de liquide, mais en aucune région de la surface ni du parenchyme on ne trouve trace des trois ponctions qui avaient été pratiquées 8 jours et 14 jours avant le décès.

Ainsi la ponction exploratrice est sans inconvénient ; elle doit être pratiquée dès qu'il y a présomption ou simple soupçon d'abcès, et doit être répétée un certain nombre de fois dans diverses directions.

Lieu d'élection de la ponction. — On peut souvent être guidé, par des indices précieux, au sujet du point à ponctionner. Le maximum de douleur spontanée et surtout provoquée, le point culminant de la voussure, l'espace intercostal le plus élargi, sont les meilleurs lieux de ponction. On les recherchera avec soin, et l'on s'aidera aussi des signes qui indiquent la tendance migratrice vers l'abdomen, vers l'estomac, vers le thorax.

Parfois même, une évacuation partielle de l'abcès aura déjà été réalisée par les appareils voisins et cette circonstance fournira des indications utiles pour la ponction.

Certains autres signes peuvent encore aider à déterminer le point à ponctionner : Tel, un frottement périhépatique, s'il s'entend dans une région restreinte.

Récemment une circonstance curieuse a permis à l'un de nous de déterminer l'emplacement du pus dans un cas difficile et de pratiquer une ponction favorable. Chez un officier qui offrait certaines présomptions de suppuration hépatique, deux piqûres avaient été faites sans succès dans la région antérieure, et les symptômes n'étant par ailleurs guère affirmatifs, nous restions très hésitant. Un jour, en palpant l'abdomen, nous constatâmes la présence d'un rein flottant qui, sans doute, s'était mobilisé depuis peu. Le rein, qui est en contact avec le lobe droit (face inférieure et région postérieure) devait être chassé de sa loge, avons-nous pensé, par l'accroissement de volume de la portion du foie qui est ordinairement en rapport avec lui. Si cette déduction était juste, il fallait chercher le pus en arrière, à la limite inférieure de la matité hépatique. En effet, une ponction faite dans le neuvième espace intercostal, en arrière de la ligne axillaire postérieure, amena à cinq centimètres de profondeur, du pus lie-de-vin caractéristique (Obs. CXIX).

2° *Examen du pus.* — Les caractères physiques du pus hépatique très diversement décrits par les auteurs sont en général assez constants pour contribuer très sérieusement au diagnostic. Les expressions de *pus lie de vin* et encore de *pus chocolat* sont classiques et si quelques-uns les ont employées trop exclusivement, d'autres ont trop méconnu l'importance de cet aspect particulier. Ainsi, Rendu, dans un article fort bien fait par ailleurs et que nous citons fréquemment (Dict. Encycl.), affirme que l'on a attribué à tort des apparences spéciales à la suppuration hépatique. « En général, dit-» il, lorsque le foyer est circonscrit et sans rapport avec les organes » voisins, le liquide est blanc ou jaunâtre, ordinairement sans » odeur, épais et crémeux, tout comme le pus des abcès des » autres organes. »

C'est là, nous n'hésitons pas à le dire, une proposition erronée. Sans doute, il peut arriver que le pus du foie soit blanc, jaunâtre, plus ou moins crémeux, quelquefois très fluide, quelquefois très épais. Mais c'est là l'exception. Le pus blanc est le propre des abcès enkystés, anciens, et en général d'un volume qui tend à diminuer. Si le trocart explorateur donne issue à un pus semblable, c'est que l'on a affaire à cette variété d'abcès que nous avons étudiée au chapitre de l'anatomie pathologique, ou bien que l'instrument s'est arrêté dans une cavité extra-hépatique.

Dans la grande majorité des cas, le pus est couleur chocolat ou lie de vin, ou pour mieux dire, il manque d'homogénéité et l'on peut reconnaître, à l'œil nu, qu'il est formé d'un liquide puriforme blanc ou jaune ou grisâtre, tenant en suspension des grumeaux rouge sombre, chocolat, groseille, plus ou moins liquéfiés. Quelquefois ces grumeaux sont de vrais blocs volumineux de substance hépatique nécrosée. D'autres fois plus dissociés, ils donnent au pus une couleur franchement chocolat. En tout cas, ce pus est épais, filant, visqueux, et s'écoule difficilement par des trocarts fins : l'aspiration est nécessaire.

Le mélange d'une petite quantité de sang vient souvent ajouter sa coloration spéciale au pus ainsi composé. Mais le sang ne suffit pas à fournir la lie des abcès du foie. A l'œil nu, comme au microscspe, on reconnaît qu'elle est formée par de la *râclure du tissu hépatique.*

Ainsi la ponction exploratrice donnera huit ou neuf fois sur dix, un pus lie de vin spécial que l'on pourra caractériser du nom de *pus hépatique.*

Le liquide amené par une ponction peut encore présenter

d'autres aspects. Tantôt il est café au lait, fait qui est ordinairement lié à une pleurésie purulente déjà ancienne, en communication avec la cavité de l'abcès.

Parfois, il est très crémeux, très épais,et presque butyreux. Cela tient à la résorption graduelle des parties liquides qui se fait dans de vieux abcès, et qui finit par les transformer en foyers caséeux. Ou bien encore il présente une coloration jaune ou même verte, manifestement bilieuse, ainsi que les réactifs peuvent le démontrer. Cet aspect est dû à une complication, la cholerrhagie, que nous étudions à propos des *complications opératoires* (chap. XI).

Si le pus est expulsé dans le poumon, il est mélangé à des mucosités, des crachats bronchiques plus ou moins aérés et surtout à une certaine quantité de sang. L'écoulement sanguin peut même prendre l'importance d'une véritable hémoptysie. Néanmoins, le caractère chocolat, ou si l'on veut *râclure de foie*, persiste encore, surtout dans les premières vomiques, et le diagnostic est facile.

Si l'abcès s'est ouvert dans le tube digestif, il peut être plus malaisé de reconnaître le pus, plus ou moins mélangé avec les matières, surtout quand la communication est située dans les régions élevées de l'intestin.

Cependant un examen attentif permettra en général de distinguer de petits ilots de pus non mélangés ou de véritables flots, que l'on évitera de confondre avec ceux de la dysenterie.

Dans le cas d'une suppuration qui se serait fait jour dans l'estomac, il se produit des vomissements qui ont le même aspect, la même valeur symptomatique.

Mais le simple aspect des évacuations peut tromper. Toutes les fois que les caractères n'en seront pas assez nets, on fera l'*examen microscopique* et *chimique*.

Le premier se fait en diluant une gouttelette de pus et plus particulièrement les petits grumeaux rouges, dans une goutte de glycérine. On pourra avantageusement traiter ces préparations par le picro-carmin et l'acide acétique. On mettra ainsi très nettement en évidence des cellules hépatiques et parfois des fragments plus complexes contenant des veinules et des canalicules biliaires. Des globules sanguins, des leucocytes, de la fibrine coagulée, des cristaux de pigments biliaires et de matières colorantes du sang, seront encore discernés sans difficulté. Enfin, l'examen direct permet encore, après simple coloration par la fuschsine, de constater la présence très fréquente des microbes de la suppuration (staphylococcus pyogenes, streptococcus, et aussi parfois du bac-

terium coli commune). Mais des cultures seront nécessaires pour confirmer l'existence et la vitalité de ces éléments.

L'*analyse chimique* pourra décéler rapidement, à l'aide de la réaction de Pettenkoffer, la présence d'une petite quantité de bile mélangée à la suppuration.

En résumé, l'aspect du pus, ordinairement caractéristique, la constatation microscopique des cellules hépatiques, et la constatation chimique, éventuelle, de la présence de la bile, établiront que le pus fourni par la ponction, par l'expectoration, les selles ou les urines, provient bien de la glande hépatique.

II. — Diagnostic différentiel.

Le diagnostic différentiel des abcès du foie n'est, en réalité, que l'histoire des erreurs que l'on a commises à son sujet.

Mais il serait puéril et insuffisant de se contenter de cette nomenclature. Il faut se demander quelles sont les causes générales et locales de chacune de ces erreurs, afin d'apprendre à les éviter.

Or, on a méconnu l'hépatite suppurée pour bien des raisons.

(*a*) Parce qu'un abcès, plus ou moins silencieux, s'est trouvé masqué par quelque autre affection générale ou locale plus apparente. Tels les abcès qui passent inaperçus dans une dysenterie intense.

(*b*) Parce que les symptômes de l'hépatite, quoique positifs, ont pu être attribués à la maladie de quelque organe voisin. C'est le cas d'une suppuration hépatique qui s'affirme par la fièvre, les douleurs diaphragmatiques, la matité de la base du thorax, et que l'on n'a pas réussi à distinguer d'une pleurésie diaphragmatique.

(*c*) Parce que l'on n'a considéré dans le complexus clinique que la complication ou la migration accomplie par un abcès de foie, en donnant à ces phénomènes secondaires la valeur d'un élément morbide principal et sans remonter jusqu'à leur source.

C'est ce qui se passe quand un abcès, s'étant ouvert dans la plèvre ou le péritoine, on diagnostique une pleurésie suppurée ou une péritonite sans se douter que l'on tient le dernier chaînon d'une affection hépatique.

d) Enfin, par une erreur inverse, on a pu prendre pour une suppuration du foie, celle qui part d'un organe voisin. Par exemple un abcès de la base du poumon droit, évacué brusquement par les bronches, pourra être pris pour une suppuration du foie.

Pour passer en revue les diverses maladies avec lesquelles l'abcès de foie peut être confondu, nous les classerons en trois groupes : maladies des organes voisins — maladies du foie lui-même — maladies générales.

A. — Cas dans lesquels l'hépatite suppurée a pu être confondue avec une maladie d'un organe voisin.

Si l'abcès du foie siège vers la face convexe, s'il influence le diaphragme, le soulève, l'irrite ou l'envahit, il s'accompagne de *manifestations thoraciques* qui peuvent être faussement attribuées à la plèvre, au poumon, à l'espace sous-phrénique ou à la paroi costale.

Plèvre. — L'hépatite suppurative et les inflammations pleurales ne sont pas toujours, cliniquement, d'une distinction facile ; car elle ont, en commun, nombre de signes physiques et de troubles fonctionnels.

Le début d'une hépatite aiguë, à expression symptomatique complète (H. type), serait aisé à confondre avec celui d'une pleurésie diaphragmatique, puisqu'il y aurait, dans les deux cas, frissons, fièvre, dyspnée et douleur de côté avec irradiations vers l'épaule et vers le cou. Mais il nous semble que l'indécision ne serait pas de longue durée. Bientôt, en effet, dans la pleurésie diaphragmatique, apparaîtraient du frottement pleural et tous les signes physiques d'un épanchement progressif. Ce serait alors seulement, que le foie, abaissé par le poids du liquide collecté dans la plèvre, déborderait les fausses côtes.

L'ordre chronologique de ces manifestations serait changé, dans l'hépatite. On y constaterait, dès l'abord, l'extension abdominale des limites hépatiques inférieures. L'accroissement ascendant de la matité et un certain degré d'obscurité du murmure vésiculaire à la base de l'hémithorax droit, conséquences possibles de l'envahissement partiel de la cavité thoracique par le foie hypérémié y seraient notés, d'autre part, sans que l'auscultation et la palpation aient fait percevoir du frottement, élément seméiotique précoce dans la pleurésie diaphragmatique et tardif dans l'hépatite où, d'origine péritonéale, il accompagne les abcès qui sont devenus superficiels et tendent peu à peu vers la capsule de Glisson.

S'il y avait, tout à la fois, hépatite suppurative et pleurésie diaphragmatique, chez un malade de nos pays, observé dans nos pays,

l'inflammation hépatique, masquée par l'inflammation pleurale, risquerait fort d'être méconnue. L'observation XX, empruntée à Guéneau de Mussy, est un bel exemple des difficultés diagnostiques réalisées par cette combinaison morbide.

Entre un abcès du foie et un épanchement pleural du côté droit, surtout si cet épanchement est purulent, la similitude symptomatique est grande. Elle explique la fréquence des erreurs commises à leur sujet, même par des cliniciens de premier ordre.

L'observation XCII, tirée de la thèse de Dupré (1) et la relation ci-après, présentée par Augier, à la Société anatomique (2), montrent combien il est facile de prendre un foie suppuré pour une plèvre pleine de pus, de le ponctionner ou de l'inciser en croyant traiter ainsi un empyème, et de n'avoir pas le moindre doute sur l'exactitude du diagnostic, jusqu'au moment où l'autopsie découvre l'erreur commise.

Obs. LXI (résumée). — Un homme, atteint depuis quelques semaines d'un point pleurétique à droite, se présenta avec une douleur violente vers les septième et huitième côtes, de la dyspnée, une toux sèche et de la fièvre rémittente à exacerbations vespérales, à la percussion, les deux tiers inférieurs du côté droit sont mats, et l'on y constate l'absence de murmure vésiculaire, de vibrations thoraciques et de souffle. On voit ensuite apparaître une voussure thoracique avec élargissement des espaces intercostaux et, bientôt, œdème de la paroi et fluctuation. Le diagnostic de pleurésie purulente s'imposant, on pratiqua l'empyème. Mais après une certaine amélioration, l'homme succomba dans le marasme. Or, à l'autopsie, on s'aperçut qu'on avait ouvert un vaste abcès du foie, et qu'il existait encore trois autres abcès dans le parenchyme hépatique.

En face de l'erreur consistant à prendre une hépatite suppurée pour une pleurésie, il faut placer l'erreur inverse, plus rare il est vrai, dans laquelle une pleurésie diaphragmatique est considérée comme un abcès du foie. Il est bon de remarquer que, si l'erreur dont nous avons parlé précédemment est celle des médecins de Paris, celle-ci est la méprise des médecins de la marine.

On trouve, dans la thèse de Bonnaud (3), le fait suivant, observé par Barthélemy à St-Mandrier :

Obs. LXII. — Un malade, atteint de diarrhée de Cochinchine, présentait un abcès fistuleux, ouvert un peu au-dessous du rebord thoracique droit. Le foie était douloureux et volumineux. Le séjour antérieur dans

(1) Montp., 1881, th. cit.
(2) Bull. de la Soc. Anat., 1875, p. 640.
(3) Lyon, 1881.

les pays chauds, l'affection intestinale, la matité hépatique (?), la suppuration fétide, tout faisait naturellement songer à un abcès du foie. Le malade mourut dans le marasme et l'autopsie fit découvrir l'existence d'une pleurésie purulente. Le pus avait ulcéré les 6e et 7e espaces intercostaux et avait ensuite fusé, sous la peau, pour apparaître définitivement au niveau de l'hypochondre ; quant au foie, il n'était nullement malade.

Quand il y a coexistence d'un abcès du foie et d'un épanchement pleural, purulent ou non, le problème diagnostique est encore plus difficile à résoudre.

On trouvera, dans les *Cliniques* de Gallard (1), l'histoire, fort curieuse, d'un cas dans lequel il y avait, en même temps, pleurésie purulente droite et hépatite suppurée *sans aucune communication entre la plèvre malade et le foie abcédé.* On avait diagnostiqué seulement la pleurésie. Il en fut de même dans l'observation que nous avons rapportée d'après Loison et Arnaud, à propos des migrations thoraciques.

Des difficultés analogues se présentèrent à Peter qui en fit le sujet d'une leçon (2). Nous citons cette observation à peu près intégralement :

Obs. LXII (bis). — Un homme d'équipe, âgé de 32 ans, et très vigoureux, reçut, il y a cinq ans, un coup de tampon dans la région hépatique. Il resta au lit, après cet accident, pendant six semaines. Depuis, il a souffert plusieurs fois du côté droit. Enfin, depuis un mois, il est repris de vives douleurs à la région hépatique. — Respiration gênée, — toux, — fièvre modérée.

Douleur spontanée au niveau de l'hypochondre droit, *cette douleur est exagérée par la pression.* Le foie est énorme, abolition presque complète du murmure vésiculaire ; matité mesurant 18 centimètres, le long de la ligne mamelonnaire.

« *Le foie n'étant pas douloureux à la pression, je portai le diagnostic d'épanchement pleural.*

» Les antécédents du malade, l'hypertrophie si manifeste du foie indiquaient nettement que la glande hépatique était altérée. La pleurésie existait à la base droite. Cette inflammation pleurale était-elle indépendante de l'affection du foie ? Je ne l'ai pas pensé. J'ai cru, je crois encore, qu'il s'agissait d'une pleurésie diaphragmatique, symptomatique d'une affection hépatique. Mais quelle était la lésion qui siégeait dans le foie ? Le foie est augmenté de volume, *mais il n'est pas douloureux.* Or, *vous savez que la douleur est un signe constant dans l'hépatite.* S'agit-il d'un cancer du foie ?...... »

Puis l'auteur, après avoir discuté plusieurs hypothèses, et exposé que

(1) *Clinique Méd. de la Pitié*, 1877, p. 238.
(2) Gaz. des hôp., 1890, p. 726.

son malade a été très amélioré par les badigeonnages de teinture d'iode, conclut qu'il y a eu une lésion traumatique du foie avec péritonite périhépatique et pleurésie consécutive....

Nous avons reproduit cette relation parce qu'elle fait bien voir à quelles hésitations et, même, à quelles méprises, de pareils cas cliniques exposent les hommes les plus éclairés. En dernière analyse, le diagnostic de Peter est des plus contestables, car il affirme la pleurésie sur des symptômes insuffisants et n'élimine l'hépatite que pour cette seule raison que le foie n'est pas douloureux à la pression. Nous savons ce que vaut ce signe négatif: absence de douleurs.

Si embrouillée que soit, en semblable condition, la situation clinique, il n'est pourtant pas impossible à un médecin prévenu des associations pathologiques auxquelles l'hépatite peut donner lieu, quand les commémoratifs fournissent des renseignements précis, d'arriver à décéler l'abcès du foie sous l'épanchement pleural qui le recouvre. L'observation suivante où deux ponctions successives pratiquées, séance tenante, dans la plèvre et dans le foie, amènent, dans l'aspirateur, de la sérosité d'abord, du pus hépatique ensuite, en est la preuve péremptoire.

Obs. LXIII (1). — Vad..., maître armurier, trente-trois ans, rapatrié du Tonkin, entre à St-Mandrier, service de M. le médecin en chef Rouvier, le 27 octobre 1889.

Ce sous-officier s'est bien porté pendant toute la durée de son séjour colonial. C'est pendant la traversée de retour, à la relâche d'Obock, qu'il a ressenti les premières atteintes de sa maladie actuelle.

État à l'entrée : maigreur très accusée ; face terreuse ; anorexie et dyspepsie ; quelques vomissements ; fièvre vespérale ; douleurs à l'hypochondre droit et à l'épaule correspondante ; dyspnée ; insomnie.

Le foie déborde d'environ deux travers de doigt et remonte jusqu'au mamelon. Sa percussion est douloureuse, surtout entre la huitième et la neuvième côte. *Œdème de la paroi.*

28 octobre. — T. matin 37°4 ; s. 37°2. Demi-quart Lait. Bière. Infusion de tilleul. Eau de Vichy. Potion : extrait de quinquina 4 gr. ; sirop d'écorce d'orange, 30 gr.

29 octobre. — T. m. 38°4 ; s. 38°1.

Ponction exploratrice avec l'aiguille n° 3 de l'appareil de Potain, dans le septième espace intercostal. Issue d'environ 400 gr. d'un liquide séro-sanguinolent paraissant provenir de la cavité pleurale.

L'aiguille, *enfoncée plus profondément dans l'organe hépatique*, amène ensuite, dans le tube, une certaine quantité de pus épais et granuleux.

(1) L. E. Bertrand. *Relevé statistique*, etc. Obs. XII. Rev. de chirurg., août 1890.

Demi-quart. Lait. Œufs. Jus de viande 100 gr. Demi de vin vieux. Bière. Eau de seltz. Même potion à l'extrait de quinquina.

30 octobre. — Selles dysentériques abondantes, vertes, avec placards de pus sanguinolent.

T. m. 37°6 ; s. 37°2.

Deux litres de lait avec eau de chaux, 100 gr. Œufs. Jus de viande. Eau de seltz. Lavement avec amidon et laudanum. Extrait de quinquina, 4 gr. en potion.

31 octobre. — Dyspnée très forte et douleurs hépatiques beaucoup plus vives. Le malade (évacué sur l'hôpital principal, dans le nouveau service de M. le médecin en chef Rouvier), demande avec instance une intervention chirurgicale.

Deux litres de lait. Bouillon dégraissé. Deux œufs. Sulfate de soude, 12 gr. — Collut : Borax, 4 gr. ; miel rosat, 12 gr.

1er novembre. — Une aiguille de l'appareil Dieulafoy est enfoncée au-dessous du rebord des fausses côtes ; l'aspiration donne du pus ; incision sur l'aiguille.

Issue, en grande quantité, d'un pus mal lié, verdâtre, grumeleux. Lavages boriqués ; la cavité de l'abcès est telle qu'un *Béniqué* y pénètre dans tous les sens, sur presque toute sa longueur. Drainage.

Pansement à l'iodoforme et à la gaze iodoformée recouverte de coton bi-chloruré et de gutta-percha.

T. m. 37°6 ; s. 36°6

2 novembre. — Dyspnée beaucoup moins intense. La dysenterie persiste : huit à dix selles dans les vingt-quatre heures.

La matité du foie a fait place à une sonorité exagérée produite par la cavité de l'abcès occupant presque toute l'étendue de l'organe hépatique.

T. m. 37°5 ; s. 38°6.

Trois litres de lait. Bouillon. Deux œufs. Tisane albumineuse. Eau de Vichy. Sulfate de soude 12 gr. Deux lavements amylacés avec laudanum, 15 gouttes. Potion : sirop de morphine, 30 gr. Garg : borax, 4 gr.

3 novembre. — T. m. 38° ; s. 38°7. Irrigation boriquée. Pansement avec poudre d'iodoforme et gaze iodoformée.

6 novembre. — T. m. 38° ; s. 38°9. L'épanchement pleural est reformé.

7 novembre. — T. m. 38° ; s. 39°. Les lavages donnent issue à une grande quantité de pus dont les grumeaux obstruaient la lumière des drains.

8 novembre. — T. m. 38°1 ; s. 39. Œdème des extrémités supérieures, apparent surtout aux mains.

Cinq selles dans la nuit.

9 novembre. — T. m. 38°8 ; s. 39. Urines très albumineuses. La dysenterie ne s'amende pas.

12 novembre. — T. m. 38°5 ; s. 38°1. La matité donnée par l'épanchement remonte jusqu'au mamelon.

Selles dysentériques toujours très nombreuses ; affaiblissement de plus en plus marqué; subdelirium cette nuit.

13 novembre. — T. m. 38° ; s. 38°4. L'épanchement augmente. Dyspepsie plus forte.

15 novembre. — T. m. 38°2 ; s. 38. Mort à 11 heures 15 du soir.

Autopsie : *Habitude extérieure.* — Maigreur. Rigidité cadavérique. Abdomen très distendu. Tache violacée occupant toute la région abdominale.

Cavité thoracique. — Poumon *droit* refoulé en haut et en dedans par un épanchement séro-sanguin que l'on peut évaluer à un litre et demi environ. Des brides longues et peu résistantes relient l'organe à la paroi thoracique.

A *gauche*, nombreuses et solides adhérences pleurales. Congestion assez marquée à la base du poumon de ce côté. Les deux poumons sont sains par ailleurs. Poids du poumon droit : 600 gr. ; du poumon gauche : 780 gr.

Cavité abdominale. — Adhérences du *foie* avec le diaphragme, la paroi costale et les organes voisins. Le lobe droit est le siège d'une cavité purulente, irrégulière, communiquant avec quelques foyers secondaires. Poids du foie : 2,450 gr.

Intégrité *apparente* presque complète du *gros intestin.* Ulcérations peu profondes dans l'*intestin grêle*, relativement confluentes au voisinage de la valvule iléo-cœcale.

Ainsi, entre l'hépatite suppurée et la pleurésie droite, avec épanchement, surtout la pleurésie purulente et la pleurésie diaphragmatique, existent des traits communs qui permettent de comprendre à quelles chances de confusion ces localisations morbides sont exposées. Ces traits communs sont : *parmi les signes physiques :* la matité augmentée de la base du thorax, débordant les fausses côtes (par augmentation de volume du foie, dans l'hépatite ; — par abaissement de l'organe, dans l'épanchement pleural); du silence respiratoire à la partie inférieure de l'hémi-thorax (foie remonté dans la poitrine, ou liquide accumulé); la suppression plus ou moins complète des vibrations thoraciques ; un peu plus haut, du souffle, peut-être même de la pectoriloquie aphone (densité pulmonaire accrue par tassement — Corre) ; le développement du côté droit, l'élargissement des espaces intercostaux, le frottement qui peut être péritonéal ou pleural, l'œdème de la paroi ; — *quant aux troubles fonctionnels :* la toux sèche et pénible ; — *comme signe généraux :* la fièvre, vive et irrégulière dans les cas aigus, vespérale et à caractère hectique dans les cas chroniques, la dénutrition, quelquefois la diarrhée colliquative et le marasme.

Les caractères de la douleur peuvent être les mêmes de part et d'autre. En effet, si, dans l'hépatite, la douleur est à l'hypochondre et s'irradie à droite, vers le cou, le moignon de l'épaule et le bras, alors que, dans la pleurésie *commune*, elle est fixée et a son siège au dessous du sein droit, il ne faut pas oublier que l'inflammation pleurale peut être *diaphragmatique*, auquel cas la douleur thoracique affecte également le rebord des fausses côtes et provoque, à un haut degré, le réflexe scapulaire.

La seule différence réelle est, relativement aux signes physiques, la forme de la matité : en dôme ou convexe en haut, dans l'hépatite ; parabolique de haut en bas et d'arrière en avant, dans l'épanchement pleural (courbe de Damoiseau).

Par ailleurs, le diagnostic ne peut guère compter que sur le secours de données séméiotiques accessoires.

C'est ainsi que le développement du thorax et la voussure sont d'un type plus inférieur dans l'hépatite que dans la pleurésie. De même, l'écartement des espaces intercostaux qui occupe le plus souvent les 7e et 10e espaces dans le premier cas, affecte plus particulièrement les 4e et 8e dans la pleurésie. Il est vrai que la confusion est encore possible dans la zone limite. La direction des côtes est aussi à considérer, quelque peu écartées et déjetées en bas, dans l'épanchement pleural, elles ont alors une direction très-oblique. Encore plus espacées dans l'hépatite, elles s'y montrent relevées, surtout vers le bord thoracique, et ramenées à la direction horizontale.

La fièvre et la cachexie sont analogues dans l'hépatite suppurée et dans la pleurésie purulente. Toutefois, le retentissement sur le tube digestif est plus marqué dans la suppuration hépatique.

Nulle dans l'abcès du foie non ouvert dans les bronches, l'expectoration témoignerait pour un épanchement pleural, si l'analyse bactériologique décélait la présence du bacille de Koch dans les crachats.

Les urines renferment une proportion d'urée et d'urates dans la pleurésie fébrile ; l'azote total est au minimum, dans l'hépatite suppurée, et, même dans certains cas exceptionnels (obs. 5., Th. Dupré), on n'y trouve pas trace d'urée.

Un aplatissement, un retrait des côtes à la région moyenne, avec déviation du rachis, déformation qui peut coïncider avec une voussure persistante de la base, est un indice certain de pleurésie ancienne et ne se rencontre jamais dans un abcès non évacué.

Les commémoratifs (séjour colonial, dysenterie antérieure,

congestions hépatiques répétées), l'existence actuelle d'une dysenterie aiguë ou chronique, seront, pour l'abcès du foie, de sérieuses présomptions.

En dernière analyse, la ponction exploratrice apportera de précieux renseignements et, dans la plupart des cas, fixera le diagnostic.

Exécutée, suivant les règles que nous avons exposées plus haut, elle fournira une première indication avant même de donner issue à du pus (Sachs). Si l'on examine les mouvements que la respiration communique au trocart largement enfoncé dans la région hépatique, on verra souvent le talon de l'instrument se relever pendant l'inspiration, tandis que la pointe cachée dans les organes s'abaisse au même moment. Ce double mouvement prouve que le trocart est dans un organe sous-jacent au diaphragme, puisque celui-ci s'abaisse pendant l'inspiration. On a donc ponctionné le foie. Au contraire, si le trocart a pénétré dans la cavité pleurale, les mouvements sont nuls, car le jeu respiratoire ne déplace pas le contenu de la plèvre.

Mais si l'on ouvre le robinet, le mouvement du liquide qui s'échappe fournit de nouvelles preuves. La pression dans l'abcès du foie étant augmentée par l'abaissement du diaphragme, le liquide de cette cavité s'écoulera avec plus de force pendant l'inspiration, tandis que l'ascension du diaphragme ralentira ou même suspendra l'issue du liquide pendant l'expiration.

Ces phénomènes, très précis, ont même été enregistrés par un médecin allemand à l'aide d'un manomètre ajouté à un appareil de Potain (1). Ce sont là des signes qui ont une rigueur mathématique, sauf dans le cas où il y aurait un abcès du foie évacué par les bronches, et en communication avec celles-ci. Le trocart se trouverait alors dans une cavité qui, pour être sous-diaphragmatique, n'en serait pas moins une dépendance de l'arbre bronchique. Dans ce cas, le pus du foie appelé vers les bronches pendant l'inspiration, s'écoulerait plus lentement à ce moment-là par le tube extérieur.

Enfin, un dernier signe est fourni par les caractères du pus. Est-il lie-de-vin, chocolat, grumeleux, filant, ou bien teinté en vert par la bile ? il vient du foie. Est-il grisâtre, café au lait, et surtout d'un blanc verdâtre, très séreux, presque semblable à du petit lait ? il sort de la plèvre. Est-il gris, spumeux, et très fétide ? il s'écoule d'un pyo-pneumothorax. Est-il doué d'une odeur abdominale

(1) Pfühl. — Tirchows Jahrb., 1877.

presque fécaloïde ? il provient d'un abcès qui est en contact ou en communication avec le tube intestinal.

Poumon. — Par quels moyens cliniques distinguer, d'un abcès du foie *expectoré*, une pneumonie de la base droite à la période d'engouement ou d'hépatisation rouge ? Par l'examen des crachats : rouillés ou sucre de pomme, gommeux, empesant le linge, y laissant, comme le sperme, des plaques sinueuses et d'aspect géographique, dans la pneumonie ; couleur chocolat ou lie de vin et grumeleux, dans l'hépatite suppurée ; — par l'étude microscopique de ces matières : (cellules hépatiques dans l'abcès du foie) ; — par leur analyse bactériologique : pneumocoques dans la pneumonie, microbes pyogènes dans l'hépatite ; — par l'auscultation : râle crépitant type et souffle bronchique dans la pneumonie; râle sous-crépitant à grosses bulles, râle et souffle caverneux dans l'abcès hépatique à contenu évacué par les bronches ; — par les caractères de la fièvre : nulle, rémittente ou intermittente vespérale, dans l'hépatite suppurée ; ordinairement sub-continue et toujours cyclique, dans la pneumonie ; — Par l'analyse des urines : très chargées en urée et très pauvres en chlorure de sodium, chez le pneumonique ; très réduites en urée, acide urique et urates, dans la suppuration du foie.

S'il s'agissait d'une pneumonie en *hépatisation grise*, avec crachats jus de pruneaux, expression typhoïde, etc., les différences symptomatiques seraient moins tranchées ; mais, ici encore, l'examen bactériologique des matières expectorées viendrait en aide au diagnostic et en donnerait la formule exacte.

Autre hypothèse : Un colonial rapatrié, qui a été atteint de dysenterie, et dont le foie, volumineux, a été ou est encore le siège de douleurs, présente, inopinément, des symptômes de pneumonie.

La pneumonie est reconnue. Mais est-elle primitive ou secondaire, c'est-à-dire accidentelle, ou symptomatique d'un abcès du foie qui tendrait vers le thorax ? Il n'est pas toujours possible de résoudre, au moment même où elle surgit, une semblable difficulté. Bien souvent, plusieurs jours d'attente et de minutieuses observations seront nécessaires pour qu'on puisse se prononcer.

Les probabilités en faveur de l'une ou de l'autre solution seront, généralement, corrélatives du degré de probabilités existant par ailleurs pour le diagnostic abcès du foie.

Une confusion de ce genre a été commise dans le cas suivant :

Obs. LXIV (1). — B..., Jacques, soldat d'infanterie de marine, était en traitement à la salle n° 2 de St-Mandrier, en juin 1882, pour arthrite traumatique du poignet. Son état général était bon, quoiqu'il fût arrivé de Cochinchine depuis trois mois seulement et qu'il y eût été atteint d'une dysenterie dont il ne restait plus trace.

Le 20 juillet, pris subitement, dans la nuit, d'un accès de suffocation, avec douleur dans tout l'hémithorax droit. Fièvre élevée. Ventouses sèches à la région hépatique. Oxyde blanc d'antimoine, 3 gr. Amélioration des phénomènes congestifs et de la dyspnée.

21 juillet. — Persistance d'un point douloureux au dessous du sein droit, matité augmentée à la base de l'hémithorax droit, en avant et en arrière. Engouement de la base du poumon droit. Quelques râles humides. Empâtement douloureux de la région hépatique. Langue saburrale. Pouls à 104. T. 40°.

22 juillet. — Crachats sanglants. Selles bilieuses. On diagnostique un abcès du foie tendant vers le thorax.

23 juillet. — Angoisse extrême.

24 juillet. — Décès.

Autopsie. — *Foie* volumineux, mais aucun abcès (simple congestion). Congestion pulmonaire presque apoplectique à droite. Congestion simple à gauche.

L'attribution des divers symptômes observés à une pneumonie dépendante d'une hépatite suppurée, semblait, pourtant, bien légimitée par les signes locaux et les commémoratifs.

Une terminaison rare de la pneumonie, l'*abcès du poumon*, peut, quand il est situé à la base, en imposer pour un abcès du foie.

Nous trouvons un exemple de cette méprise dans un recueil que nous avons plusieurs fois cité.

Obs. LXV (2). — *Un cas d'abcès du lobe inférieur du poumon droit simulant un abcès du foie et terminé par la mort.*

Canonnier de 25 ans. Intempérant, six ans de service. Plusieurs entrées à l'hôpital pour ivresse, hépatite aiguë, fièvre intermittente quotidienne, delirium tremens. Dernière admission sous la rubrique : *hépatite chronique.*

Symptômes notés : Emaciation et affaiblissement régulièrement progressif. Frissons suivis de sueurs froides ; toux paroxystique avec abondante expectoration de matières d'abord rouge brique et spumeuses, puis franchement purulentes ; douleur constante aux parties inférieure, antérieure et latérale de l'hypochondre droit, exaspérée par la pression, la percussion, les fortes inspirations, la toux (principalement) et les

(1) Inédite.

(2) Madras quarterley med. journal (1841).

mouvements (quelquefois); douleur à l'épaule droite; peau chagrinée; facies anxieux; moral inquiet et irritable; langue saburrale; appétit presque nul en dernier lieu; diarrhée constante et obstinée; selles fréquentes surtout la nuit, généralement brunes et écumeuses, parfois argileuses, ne contenant ni sang ni mucus, quoique de temps en temps un peu de ténesme; pouls régulier à 90, 100 et, finalement, 120, de plus en plus faible. Quintes de toux déchirantes, surtout la nuit, exaspérant la douleur du côté, rendant le sommeil impossible et suivies de sueurs froides profuses, spécialement à la tête et au cou; décubitus latéral gauche presque tout le temps, le décubitus dorsal et latéral droit augmentant la douleur et la toux; œdème des malléoles et des pieds.

La dyspnée alla croissant pendant les quinze derniers jours et finit par coïncider avec de gros râles humides dans les grosses bronches du côté droit et la trachée, comme si un abcès hépatique s'était vidé graduellement à travers le poumon.

A la percussion, résultats sensiblement normaux tout d'abord, puis, sonorité exagérée, tympanisme, à la limite du foie et du poumon, au niveau des 6me et 7me côtes droites, à l'auscultation parfois râles caverneux.

Autopsie. — Emphysème pulmonaire bilatéral. *Poumon* gauche sain par ailleurs. Poumon droit adhérent par sa base, au diaphragme et à la cage thoracique; la base est *creusée d'un gros abcès.* Une once et demie de sérosité dans le *péricarde.*

Foie de volume et de tissu normaux, un peu ramolli dans la partie correspondante à l'abcès du poumon, et plus friable, comme s'il eût été affecté par voisinage et destiné à subir une désintégration prochaine, sans l'interposition de la portion fibreuse du diaphragme.

Mais il n'y avait pas trace d'hépatite suppurée.

Tuberculose pulmonaire. — Un homme se cachectise, maigrit, a des crachats purulents, de la diarrhée, de la fièvre vespérale et des sueurs nocturnes; le foie est volumineux : est-ce un tuberculeux à cavernes ou un malade qui expectore le pus d'un abcès du foie? Les opérations diagnostiques sont celles-ci : Quels sont les antécédents? Y a-t-il eu séjour colonial et dysenterie? En quelle région de l'hémi-thorax les phénomènes cavitaires sont-ils perçus? à la base? (abcès du foie) ou au sommet? (tuberculose). Quels sont les résultats de l'examen microscopique et bactériologique des crachats? (cellules hépatiques? — Bacilles de Koch?) Qu'apprend l'analyse des urines? L'hémaphéisme et l'urobilinurie sont, pour l'hépatite suppurée, des signes de présomption.

Une autre combinaison symptomatique est la suivante : Sujet ayant habité les colonies, ayant eu ou ayant de la dysenterie, avec un gros foie débordant les fausses côtes; matité accrue à la base; de l'hémi-thorax droit; sonorité diminuée, à la partie supérieure;

expiration prolongée ou légèrement soufflante avec pectoriloquie aphone à ce niveau ; apyrexie ou fièvre irrégulière ; expectoration nulle ou banale ; se trouve-t-on en présence d'une tuberculose au premier degré chez un homme atteint d'une congestion chronique du foie, ou a-t-on affaire à une hépatite, le foie très développé refoulant le poumon droit et y produisant, par tassement, les signes sthétoscopiques observés? — Examiner attentivement le foie, rechercher, par la pression, la percussion et la succussion, l'existence d'une douleur fixe en un point de la région mate, analyser les crachats, les urines, et, dernier argument, recourir à la ponction exploratrice.

Abcès de l'espace sous-phrénique. — Il se développe parfois des collections purulentes, ordinairement traumatiques, entre le diaphragme et le foie, et ces abcès, malgré leur siège au-dessous du diaphragme, doivent à la prédominance des symptômes thoraciques, à leur tendance migratrice vers la poitrine, d'être rangés, pour le diagnostic différentiel, dans le groupe des affections thoraciques qu'on peut confondre avec l'hépatite suppurée.

Quelques auteurs donnent même, à ces épanchements purulents, le nom de *pyo-thorax sous-diaphragmatique.*

Ces abcès peuvent du reste se former dans trois points, on pourrait presque dire dans trois loges sus-hépatiques différentes. Les premiers, les plus fréquents, siègent au-dessus du lobe droit où ils sont enkystés par un certain degré de péritonite adhésive. Tantôt, ils n'occupent qu'un espace limité par des néo-membranes, tantôt, ils ont comme paroi le ligament coronaire en arrière, le ligament falciforme en dedans, et des adhérences unissant le bord antérieur et la grosse extrémité du foie à la paroi abdominale antérieure.

L'observation suivante de Bonnaud (1) fournit un exemple intéressant de cette disposition.

Obs. LXVI. — Pierre G..., 40 ans. Aucun antécédent spécial, si ce n'est, il y a 5 ans, des crises de gastralgie qui durèrent cinq mois.

Depuis un an, toux, palpitations, amaigrissement.

22 juin. — Œdème des membres inférieurs ayant envahi les parois abdominales. Toux fréquente. Expectoration visqueuse, incolore ; pas de point de côté, mais dyspnée très vive. Pouls petit et fréquent. Deux selles moulées. Voussure du côté droit très manifeste. Décubitus latéral droit.

On trouve de la submatité et de l'obscurité respiratoire en arrière à la base ; en avant la matité remonte à trois travers de doigt au-dessus du

(1) Bonnaud. — Thèse de Lyon, 1881, extrait de J. Rendu. Lyon méd., 1875.

mamelon. Elle descend en bas au niveau de l'ombilic. Œdème de la paroi abdominale ; circulation veineuse très apparente.

La mensuration, à la base de la poitrine, donne 7 cent. de plus à droite qu'à gauche.

4 juillet. — Selles bilieuses.

6 juillet. — On établit le diagnostic de kyste de la face convexe du foie. — Une ponction avec le Potain, faite sous le rebord costal et sur la ligne mamelonnaire, donne 2 litres et demi d'un pus épais, verdâtre, fétide, dans lequel on ne trouve pas de crochets.

Amélioration temporaire.

10 août. — Fièvre. Point de côté. Râles pneumoniques en arrière et à droite près de la base.

13 août. — Vomique d'une notable quantité de pus semblable à celui que la ponction avait retiré.

25 septembre. — Nouvelle vomique.

26 septembre. — Mort brusque.

Autopsie. — Foie diminué de volume (1,000 gr.), graisseux. Entre la face convexe et le diaphragme existe une vaste poche contenant environ 1 litre 1/2 de pus infect. Les parois de cette poche sont formées en haut par le diaphragme et en bas par une membrane granuleuse, grisâtre, anfractueuse, qui revêt toute la capsule de Glisson du lobe droit, sans se confondre avec elle.

De même cette membrane tapisse une anse intestinale adhérente en avant et ferme ainsi la cavité purulente au niveau du bord inférieur du foie.

Le poumon adhère au diaphragme et contient deux cavernes isolées qui communiquent chacun par un orifice spécial et assez large avec l'abcès sous-diaphragmatique.

Dans chacune de ces cavernes viennent s'ouvrir plusieurs bronches.

La seconde variété occupe la face supérieure du lobe gauche et il a pour barrière à droite la cloison que forme le ligament suspenseur.

La troisième espèce se développe dans l'épaisseur même du ligament suspenseur, où elle constitue une tumeur ovoïde, continue avec la paroi abdominale antérieure, mais dont la matité se confond aussi avec celle du foie. — Cette variété sera mieux étudiée avec les abcès de la paroi.

Pour les collections liquides de l'espace sous-phrénique proprement dites, elles sont très faciles à confondre avec des abcès de la face convexe du foie. Leurs signes physiques, tant qu'on n'a pas fait de ponction exploratrice, sont identiques à ceux de l'hépatite.

La matité remonte surtout en avant, le diaphragme étant

fortement poussé en haut, tandis que le foie refoulé en bas déborde les fausses côtes.

La tension de la paroi, la voussure; les douleurs locales, l'irritation du nerf phrénique, l'inflammation du diaphragme et de la plèvre, tout est source d'erreur.

On n'a pour se guider que les commémoratifs (traumatisme habituel pour les abcès sous-phréniques ; séjour tropical, dysenterie, etc., pour l'hépatite); et la ponction.

Celle-ci fournira les signes d'un épanchement sous diaphragmatique sans en fixer absolument le siège, par les mouvements du trocart et les oscillations de l'écoulement. Mais le pus sera trouvé très superficiel; de plus il sera blanc ou verdâtre, bien lié : il ne ressemblera pas à du pus hépatique et le microscope achèvera de trancher la difficulté.

Il existe enfin des collections purulentes répandues dans cet espace sous-diaphragmatique et qui sont en communication avec un abcès de foie. Alors, chose remarquable, le pus de la poche pariétale est blanc, tandis que celui qui occupe la poche viscérale présente les caractères connus du pus hépatique. Rouis, Catteloup, ont cité des faits de ce genre et nous avons observé nous-même cette particularité dans le cas de Drevé (Obs. XCIV).

Le diagnostic, malgré tout, peut rester incertain. Mais le traitement chirurgical qui est le même pour les deux affections fournira l'occasion d'une exploration complète.

Affections de la paroi thoracique. — Les lésions de la paroi thoracique, qui pourraient faire songer à un abcès du foie plutôt que les simuler réellement, sont le *phlegmon de la paroi,* et l'abcès lié à une *ostéite costale.*

Le *phlegmon de la paroi* est rare, surtout à la région hépatique; il se développe, le plus souvent, sous de grands muscles comme le grand dorsal et surtout les pectoraux. Par sa situation, par le caractère inflammatoire et douloureux de l'empâtement qu'il produit à la paroi, on le distinguera facilement de cet œdème qui indique une pleurésie purulente ou une hépatite suppurée.

Les abcès, suite de *carie costale,* pourraient donner lieu à quelque difficulté de diagnostic. Ordinairement froids, indolents et apyrétiques, ces abcès se présentent le plus souvent comme des tumeurs bien limitées, fluctuantes, superficielles et que l'on ne confondra pas avec la voussure d'un abcès hépatique. L'examen attentif de la région, où l'on trouvera ordinairement une côte épaisse et raboteuse, fixera le diagnostic ; enfin la percussion montrera

que le foie n'est pas hypertrophié et la *sucussion de cet organe* par le palper abdominal établira que la douleur, s'il en existe, n'appartient pas à la glande, mais bien à la paroi.

Nous avons vu cependant un cas de ce genre donner lieu à un certain doute.

Il s'agissait d'un soldat, ancien colonial, atteint d'entéro-colite chronique, qui portait au flanc droit une fistule déjà ancienne. Ce trajet qui donnait issue à quelques gouttes de pus, remontait vers la 9me côte. On pensa à un abcès du foie et la confusion était possible à cause des antécédents, de l'état cachectique et de mouvements fébriles irréguliers.

Cependant le volume normal du foie et l'absence de tout autre signe hépatique permit d'écarter cette hypothèse, et l'ablation d'un fragment de côte qui portait une ulcération amena la guérison.

Affections abdominales avec lesquelles on peut confondre l'abcès du foie

Pour en finir avec les lésions des parois, nous étudierons de suite les causes d'erreur que les phlegmons et abcès des parois abdominales peuvent présenter.

Les phlegmons peuvent siéger partout où il y a du tissu cellulaire, des interstices musculaires et des aponévroses. Mais il existe autour de la région hépatique trois formes cliniques particulières qui méritent une mention spéciale : le phlegmon sous-péritonéal déjà signalé ci-dessus, le phlegmon du muscle grand droit et enfin le phlegmon lombaire que l'on appelle souvent périnéphrétique.

Le phlegmon sous-péritonéal, décrit par Bernutz (1), se développe ordinairement dans le tissu cellulaire qui remplit l'interstice, souvent assez large, laissé entre les deux feuillets du ligament falciforme. Il forme une tumeur ovoïde, oblongue verticalement, partant du rebord des côtes à quelques centimètres à droite de la ligne blanche et s'étendant vers l'ombilic. Le pus qui s'y collecte, d'abord profond, vient peu à peu vers la peau.

On comprend, par cette description succincte, combien facilement une pareille maladie peut en imposer pour un abcès du foie.

L'indolence du foie et l'absence de toute affection hépatique antérieure, la situation pariétale du pus, son aspect ordinairement blanc crémeux, la présence possible d'une certaine quantité de gaz

(1) Bernutz. — Art. Abdomen du nouveau Dict. de méd. et chir. pratique.

fétides dans cette poche, gaz qui proviennent évidemment de l'intestin souvent malade dans ces circonstances ; tels sont les signes qui doivent faire rectifier le diagnostic.

Cependant si le pus mélangé de sang offrait la coloration lie-de-vin, si le sujet avait antérieurement souffert du foie, on serait entraîné à diagnostiquer un abcès hépatique comme le fit Gosselin dans un fait développé dans ses cliniques (1).

Lorsque le diagnostic est réellement difficile, l'examen microscopique du pus et l'exploration digitale de la poche après incision seront les seules ressources pour savoir la réalité.

Le phlegmon du grand droit est une affection rare et ordinairement d'origine traumatique. Lorsqu'il siège à la partie supérieure du muscle, il peut être l'occasion d'une erreur de diagnostic parce qu'il reproduit le signe de Twining (V. analyse des symptômes). Si comme dans le cas rapporté par A. Broca (2) les commémoratifs révèlent de la dysenterie, de la douleur hépatique et de la fièvre, l'erreur est difficile à éviter et pour ainsi dire légitime.

Chez le sujet en question les douleurs augmentèrent à la suite d'une contusion et un empâtement phlegmoneux se forma un peu à droite de la ligne blanche, depuis le bord des côtes jusqu'à l'ombilic. On crut à un abcès du foie subaigu. On fit une laparotomie médiane sus-ombilicale, et l'on vit sortir du pus de la gaine du muscle grand droit.

Dans un cas semblable on arriverait peut-être à préciser le diagnostic à l'aide d'une percussion très attentive, en dessinant le bord du foie, sur lequel viendrait tomber perpendiculairement la tuméfaction phlegmoneuse du grand droit.

Le phlegmon lombaire, surtout dans sa variété *périnéphrétique*, est souvent d'un diagnostic difficile. Parti de l'espace sous-péritonéal postérieur et plus particulièrement du tissu cellulaire qui entoure le rein, il évolue vers la région lombaire, soulève le muscle carré des lombes et forme une voussure plus ou moins œdémateuse, douloureuse à la pression et très caractéristique quand on en a vu un premier cas. Le point maximum de la voussure vers lequel le pus tend à se faire jour spontanément, est dans la ligne qui forme le bord externe de la masse sacro-lombaire entre la dernière côte et la crête iliaque. Si l'on recueille tous ces signes, on pourra affirmer qu'il y a bien un phlegmon périnéphrétique. Mais cette affirmation n'exclut pas le diagnostic abcès du

(1) Gosselin. — Cliniques chirurgicales. Tome II, p. 269.
(2) A. Broca. — *Gaz. hebdomadaire*, 1891, p. 474.

foie. En effet, le pus, qui s'accumule dans la loge rénale, peut venir du rein lui-même et de ses annexes et c'est là le cas le plus fréquent en clinique ; la lithiase urinaire, la tuberculose rénale ou la pyélo-néphrite blennorrhagique en sont les causes ordinaires.

Mais ce pus peut encore provenir du cul de-sac pleural postérieur, de la dernière côte, du rachis et même du foie.

Fréquemment un abcès de cette origine atteint le rein soit à l'aide d'une péritonite locale, soit en passant en dehors du péritoine, entre les feuillets des ligaments hépatiques et en s'insinuant le long des muscles profonds. Arrivé dans l'espace celluleux périrénal, le pus, quelle que soit son origine, se comportera de la même façon.

Nous citons un exemple de cette évolution, d'un diagnostic très difficile à propos des migrations (Voir obs. Corneille).

On a dit que le diagnostic différentiel était facile. Il l'est s'il y a une affection des voies urinaires ; mais il devient très obscur, si cette coïncidence n'existe pas, et surtout si ce phlegmon s'est développé chez un sujet exposé à l'hépatite tropicale.

On a dit encore que l'abcès du foie est une tumeur abdominale, et le phlegmon périnéphrétique une tumeur pariétale postérieure, et que cela suffit à les distinguer.

Ce sont là des affirmations théoriques. Dans l'hépatite suppurée *la tumeur abdominale* est souvent difficile à apprécier, et quant à la *tumeur pariétale postérieure*, la question n'est pas de dire si elle existe, mais bien d'où elle vient.

Dans les cas douteux, on procédera donc par voie d'élimination en examinant les appareils dont les lésions peuvent être mises en cause : appareil urinaire, rachis, arcs costaux inférieurs, plèvre et enfin glande hépatique. L'altération des parties latérales du rachis et des dernières côtes est souvent très difficile à mettre à jour. On s'éclairera par l'examen de l'état pulmonaire, la tuberculose devant faire soupçonner plutôt une pleurésie ou une affection osseuse. Mais le plus souvent il faudra avoir recours à l'incision exploratrice, qui constituera du même coup presque tout le traitement. Le doigt explorateur indiquant la loge du pus, constatant l'intégrité du rein et de la côte, pourra trouver un diverticule s'engageant vers le foie. L'aspect du pus, les antécédents du malade, achèveront alors le diagnostic.

Les affections des organes situés dans la cavité abdominale et qui peuvent simuler un accès du foie, sont nombreuses.

Estomac. — Parmi celles de l'estomac il n'y a guère à retenir

que le cancer, car la gastralgie, la gastrite, l'ulcère simple lui-même, malgré ses hématémèses, ne présentent aucun rapport avec l'abcès du foie. Tout au plus faut-il chercher à faire la part des troubles gastriques comme signes, ou comme épiphénomènes dans l'hépatite suppurée. Mais les tumeurs de l'estomac ont pu être confondues avec l'abcès hépatite. L'erreur de ce genre la plus connue est celle de Béhier (1).

Obs. LXVII. — Le 15 janvier 1869, entrait à l'Hôtel-Dieu un homme de 55 ans, très amaigri, à teint jaune, et offrant *les traits nettement exprimés de la cachexie cancéreuse* ; jamais il n'a eu de vomissement, mais de l'inappétence et des selles diarrhéiques, quelquefois mêlées de sang.

Le creux épigastrique est soulevé par une tumeur globuleuse, superficielle, douloureuse à la pression, donnant à la palpation *la sensation mollasse d'une vessie pleine de saindoux.* — Volume du foie normal à bord inférieur régulier.

Cet homme avait eu jusque-là une bonne santé, sauf de la lientérie et des selles sanglantes avec hémorrhoïdes il y a six mois. La tumeur a apparu il y a trois mois. Il n'y a jamais eu de fièvre, mais une cachexie progressive.

On discuta l'hypothèse d'un cancer du foie, et l'on s'arrêta à celle d'un cancer de l'estomac, quoiqu'il n'y eut pas de vomissement.

L'homme succomba le 13 février 1869 et l'on trouva un abcès du lobe gauche du foie, avec lésions dysentériques du gros intestin.

Béhier n'avait jamais songé à l'abcès du foie, parce que, dit-il, l'homme n'avait jamais eu le signe caractéristique de la dysenterie, *le ténesme,* et parce que l'aspect général était celui d'un cancéreux.

L'abcès du lobe gauche ou du lobe de Spigel, s'il forme une masse dure en contact avec l'estomac, si surtout il s'étend au-devant de ce viscère, s'il provoque des douleurs, du hoquet, des vomissements, donnera lieu à des méprises fort excusables. Mais l'étude des antécédents d'une part, et celle des matières vomies d'autre part, apporteront des renseignements précieux.

Le cancer est ordinairement plus dur, moins douloureux au palper, car l'abcès du foie n'est pas indolent quand il forme tumeur ; le cancer, en revanche, cause souvent des douleurs spontanées en des points fixes, épigastriques, dorsaux. — Enfin la cachexie n'est pas la même. La teinte jaune citron ou paille est différente de la pâleur simple, ou subictérique, ou terreuse des hépatiques. La constipation est habituelle chez les cancéreux, et la fièvre beaucoup plus rare.

(1) Béhier. — Gaz. des hôpitaux. Octobre 1869.

Pancréas. — Les affections du pancréas, sur lesquelles nous possédons peu de notions précises, s'affirment quelquefois par une tumeur, soit qu'il y ait pancréatite aiguë, soit qu'il y ait néoplasme. Cette tumeur,située immédiatement au-dessous du lobe gauche du foie, peut paraître dépendante de cette organe, surtout s'il est lui-même tuméfié. Leblond signale un exemple de ce genre de confusion, qui arriva à un auteur italien en 1837 (1). La fièvre était continue ; il y avait des douleurs profondes, une teinte subictérique, un amaigrissement rapide, et une stéarrhée abondante. Ce dernier signe aurait dû faire songer à une altération du pancréas, et écarter l'idée d'un abcès du foie. Outre ce symptôme capital, la tumeur peut être diagnostiquée par son siège exact, et ses connexions avec les vaisseaux. Si elle semble, à un premier examen, faire corps avec le foie, ce qui n'arrive que quand le foie est hypertrophié, une percussion très attentive pourra cependant lui assigner des limites. Plus éloignée de la paroi que l'organe hépatique, elle sera plus souvent que lui recouverte d'une anse intestinale sonore. De plus, en percutant minutieusement le bord antérieur du foie, on trouvera que celui-ci a un dessin net et continu, tandis que la tumeur litigieuse, en partie cachée sous la face inférieure de l'organe, le dépassera brusquement par une saillie circonscrite, et en quelque sorte surajoutée.

En examinant successivement le malade assis, couché sur le dos, couché sur le ventre, il se produira forcément entre les deux organes des changements de rapport qui indiqueront leur indépendance relative.

Enfin si l'on se rappelle que le pancréas, normalement en contact avec l'aorte, se trouve en réalité à cheval sur elle, on comprendra que lorsqu'il est tuméfié, il sera lui-même animé par les battements aortiques, et se distinguera ainsi du foie qui ne s'appuie pas sur cette grande artère.

En revanche, le foie transmet au sthétoscope le double battement du cœur, facile à distinguer de celui de l'aorte. Ce signe différentiel, excellent pour toutes les tumeurs de l'abdomen, peut se formuler ainsi : Tout ce qui est foie transmet les battements du cœur. Tout ce qui est étranger au foie ne transmet plus ces battements.

Quant aux pulsations de l'aorte, elles peuvent être transmises par le pancréas, les masses ganglionnaires, les tumeurs du duode-

(1) Riboli. — *Gaz. Sarde*, 11, 1858.

num et du rein gauche ; plus rarement par le lobe gauche du foie hypertrophié. Nous allons y revenir à propos des tumeurs anévrysmales.

Anévrysmes. — Rouis, à propos de cette transmission des battements du cœur au foie, signale la confusion possible avec un anévrysme de la mammaire interne (?) au creux épigastrique quand certains abcès du foie formant tumeur à cette région, sont animés de pulsations isochrones aux pulsations cardiaques, et même d'un *léger bruit de frémissement.* Il n'y a là en somme qu'une assertion assez vague, et nous pensons que le tableau clinique auquel il fait allusion ne permet pas cette confusion.

Plus réelle est la difficulté de diagnostic soulevée par les battements de l'aorte ou du tronc cœliaque transmis à une tumeur de la région sus-ombilicale.

Chez les sujets maigres l'exploration de cette région permet de constater ces battements, et le moindre ganglion, situé au devant des vaisseaux, peut donner l'idée d'un anévrysme.

La saillie d'un abcès du foie vers la région médiane peut faire naître des doutes de ce genre, doutes jadis énoncés par Larrey, et qui entraînerait un grave péril, si l'on allait ainsi méconnaître un véritable anévrysme abdominal.

Nous connaissons à ce sujet quelques observations curieuses, et entre autres celle de Moore (1).

Une tumeur de l'épigastre, saillante, pulsatile et donnant à l'auscultation un souffle doux, faisait penser à un anévrysme. Cependant le souffle disparaissait en faisant mettre le malade debout ; par ailleurs, dans la position genu-pectorale, les pulsations persistaient ; or, dans cette position, le foie qui s'écarte de l'aorte ne peut plus transmettre les battements de celle ci.

Le diagnostic demeura donc incertain. Mais après une période fébrile, où l'hépatite s'affirma par l'augmentation de la matité hépatique et des signes diaphragmatiques, le malade guérit. La supposition d'anévrysme devait donc être écartée.

Rendu cite un autre fait de Mac Dovell (2) dans lequel un abcès du foie s'ouvrit dans l'artère gastro-duodénale et ensuite dans l'estomac, après avoir donné lieu à de grandes hésitations de diagnostic.

(1) Moore. — Medical Press and circular, 1867, p. 73.

(2) Mac Dovell. — Case of abcess the Liver op ening into the gastro-duodenal artery and duodenum, in Dublin hosp. gaz., août 1855.

Ce sont là, en somme, des faits très rares, véritables trouvailles de clinique ou d'amphithéâtre, et dont il ne faut pas s'armer pour compliquer outre mesure le diagnostic de l'hépatite. Il faut se souvenir que les anévrysmes ont des signes positifs. Le caractère de l'impulsion y est tout autre que dans une simple transmission des pulsations normales. Il y a d'abord une *très grande énergie* du battement dans l'anévrysme; puis l'*expansion* (Stokes) et non ce simple soulèvement que l'aorte comprimée communique à la masse qui lui est adjacente, et au stéthoscope. L'expansion anévrysmale se propage dans tous les sens; le soulèvement de la masse adjacente se fait seulement en avant dans le sens de la compression exercée. Quant aux bruits observés ils consistent en un souffle intense, vibrant dans l'anévrysme, souffle que la pression du stéthoscope ne modifie pas, tandis que dans l'autre cas, le souffle, s'il en existe, est doux, développé par la pression du stéthoscope, et variable avec l'énergie de cette pression. Ajoutons que les anévrysmes occupent le côté gauche de la ligne blanche, et les abcès plus souvent le côté droit.

Enfin, en auscultant dans la position genu-pectorale, le contact entre l'aorte et le foie cesse, et la transmission est supprimée ou amoindrie. Au contraire, dans l'anévrysme, l'auscultation dans diverses positions et sur diverses régions, épigastre, flanc, lombes, confirme le diagnostic par la persistance des signes recueillis.

Rein. — Le rein droit dont les rapports intimes avec le foie nous ont déjà occupés, peut être le siège d'abcès ou de tumeurs d'un diagnostic difficile. C'est particulièrement la pyélo-néphrite suppurée, ordinairement calculeuse, qui peut en imposer pour un abcès du foie. L'observation suivante, due à Gallard, est à ce sujet très démonstrative.

Obs. LXVIII (1). — Une femme morte à la Pitié, en 1866, donna lieu à une erreur de diagnostic singulière.

Pendant la vie on avait constaté une augmentation de volume du foie qui avait une étendue de 18 centim., débordant de 4 travers de doigt le rebord des fausses côtes. On avait cru à un abcès de la glande hépatique, et l'erreur était tellement inévitable que, même à l'autopsie, la paroi abdominale étant ouverte, et avant que l'on eût cherché à enlever le foie, il était impossible de reconnaître que la lésion occupait le rein, recouvert qu'il était dans toute sa hauteur par le foie, lequel descendait jusqu'au niveau de la fosse iliaque.

Derrière le foie aplati, et remontant jusqu'à son bord supérieur, se

(1) Gallard.— Clinique médicale de la Pitié, 1877, p. 245.

trouvait le rein droit, contenant un énorme calcul irrégulier. La glande rénale était en outre en grande partie détruite par la suppuration.

Il y avait de telles adhérences entre le rein et le foie qu'il fallut le secours de la dissection pour les séparer l'un de l'autre.

Gallard déclare qu'il constata un second fait d'une difficulté analogue et il ajoute que ce qui complique la difficulté c'est que dans les cas de cette nature, l'uretère du côté malade étant ordinairement oblitéré, il n'arrive dans la vessie qu'une urine parfaitement normale, venant du côté sain, et dont l'analyse ne fournit aucun renseignement.

Cette remarque n'est pas toujours justifiée : nous avons vu des cas de pyélo-néphrite calculeuse suppurée dans laquelle l'expulsion de calculs, et le mélange de pus aux urines fournissaient au contraire des éclaircissements précis.

Néanmoins dans les cas de Gallard, il faut avouer que la difficulté était extrême puisque le rein adhérait au foie et était entièrement masqué par lui.

Ce qui permet ordinairement de distinguer les deux affections, c'est que le rein même suppuré, et environné d'une atmosphère déjà envahie par le pus, est en partie mobile et ne se trouve pas intimement soudé au foie.

Il présente alors l'aspect d'une tumeur faisant saillie sous le bord inférieur du foie, et qui reste plus que lui distante de la paroi abdominale. Une anse intestinale passe constamment au-devant de lui.

Enfin les phénomènes de pulsation exposés ci-dessus s'appliquent très bien aux tumeurs du rein. Jamais le rein droit ne transmet les battements du cœur, et nous avons pu récemment, chez une dame atteinte d'hydro-néphrose, apprécier la valeur de ce signe. La tumeur rénale semblait enclavée sous le foie. Or, dès que le stéthoscope atteignait la limite de cet organe, le choc cardiaque s'éteignait brusquement, et la tumeur rénale ne transmettait plus aucun battement. Par ailleurs, les diverses tumeurs du rein seront d'autant plus facilement distinguées de l'abcès du foie, qu'il n'y aura pas de fièvre, et pas de péritonite concomitante.

Péritoine. — On peut encore rencontrer dans l'abdomen un certain nombre de tumeurs qui simuleraient un abcès du foie, si l'on n'apportait un grand soin à leur examen. Des masses ganglionnaires, des tumeurs du mésentère, des tumeurs de l'arrière-cavité de l'épiploon mettent parfois en œuvre toute la sagacité du clinicien. La plupart des considérations que nous avons présentées s'appliquent à ces divers cas. En outre, on interrogera l'état

diathésique, cancer, tuberculose, cachexie tropicale. Enfin on aura recours à la ponction exploratrice.

Mais la péritonite suppurée mérite une mention spéciale, surtout quand elle occupe les abords immédiats du foie ou tout au moins qu'elle procède de cette région.

Nous rapportons au chapitre des complications, deux observations d'hépatite suppurée ancienne, et méconnue, où se produisit, par irruption du pus dans le ventre, une péritonite purulente généralisée et mortelle (voir Obs. XXXV et XXXVI). La péritonite éclate dans ces conditions avec un tel appareil douloureux, et des phénomènes si caractéristiques, hoquets, vomissements, pouls misérable, qu'on ne peut la méconnaître.

Mais l'hépatite sera masquée par ces phénomènes prédominants d'autant plus facilement qu'elle aura plus longtemps à l'avance affecté la forme larvée. On peut dire qu'alors l'heure du diagnostic est passée pour l'hépatite.

Mais si une péritonite localisée dans les portions supérieures du péritoine affecte une marche subaiguë, on devra rechercher si elle existe isolément, ou si elle procède d'un abcès né dans le tissu hépatique.

Dans ce dernier cas la péritonite enkystée fait corps avec le foie; celui-ci forme en réalité une des parois de la loge purulente. La fluctuation qui est souvent assez nette dans le foyer péritonéal se perd insensiblement vers le bord du foie où la matité devient plus dure, plus absolue. Il est donc possible par la palpation et la percussion de reconnaître encore les limites du foie.

Par ailleurs la douleur vive ou sourde dans le ventre, surtout autour de l'ombilic, est susceptible d'être réveillée par la pression du foie.

S'il existe des symptômes diaphragmatiques ou même thoraciques, coïncidant avec l'altération du péritoine, on peut affirmer la lésion hépatique.

Le foie est le seul organe à double face qui puisse avoir un retentissement simultané sur la plèvre et sur le péritoine.

Enfin les signes généraux, les antécédents, la ponction apportent encore ici leur contingent d'éclaircissements.

B. — Cas dans lesquels une affection du foie autre que l'hépatite suppurée peut donner lieu a des erreurs de diagnostic

Le foie lui-même peut présenter divers états morbides capables d'en imposer pour une hépatite suppurée, quoiqu'en réalité ces

confusions soient beaucoup plus rares que celles que nous avons étudiées jusqu'ici.

Les maladies dont il y a lieu de faire le diagnostic différentiel sont les kystes, le cancer, la congestion, la cirrhose et les affections de ses annexes.

Kystes du foie. — Les kystes hydatiques non suppurés du foie n'ont à peu près aucun point commun avec les abcès de cet organe, et le diagnostic différentiel entre ces deux affections ne comporte pas le luxe de développement auquel se sont adonnés certains auteurs. Le kyste hydatique qui passe très longtemps inaperçu, et dont le developpement peut devenir très volumineux sans altérer la santé générale, forme une tumeur *dure, bien circonscrite*, longtemps *indolente* et apyrétique, et que l'on ne confondra pas avec ces tuméfactions demi-molles, mal limitées, douloureuses à la pression, ordinairement accompagnées de fièvre, et entraînant toujours une altération prononcée de la santé.

Dans une tumeur de ce genre on doit rechercher le signe si caractéristique du frémissement hydatique. Pour cela, comprimant la tumeur avec deux doigts de la main gauche, on la percutera légèrement avec la droite. Dans la plupart des cas, si les parois sont minces, on ressentira une sorte de tremblement et de vibration qui donne l'idée d'une masse de gélatine ébranlée. Jamais ce signe ne se rencontre dans les abcès du foie ; il est vrai qu'il manque souvent dans les kystes.

Mais les hystes peuvent être une cause d'erreur lorsqu'ils deviennent douloureux, quelquefois sous l'influence d'un traumatisme, et qu'ils passent à la suppuration.

Alors l'état général devient mauvais; la fièvre, l'amaigrissement, les douleurs se rapprochent des symptômes analogues de l'hépatite; mais la fièvre est précédée par des troubles gastriques singuliers et non pas intestinaux, par des éruptions, des poussées d'urticaire des hémorrhagies diverses. Il y a là, comme on le voit, bien des détails importants au point de vue différentiel.

La douleur du kyste même suppurée n'a pas les irradiations ordinaires de celle de l'abcès. La propagation du pus, ses migrations sont plus rares. L'œdème de la paroi y est absolument exceptionnel.

Enfin la manière dont le mal aura évolué, et l'examen du liquide retiré par ponction exploratrice fixeront le diagnostic.

Cancer du foie. — La généralisation des tumeurs malignes qui se produit fréquemment dans le foie, amène lentement, sans fièvre,

au milieu d'une cachexie spéciale, la formation de nodosités dures, dispersées ou groupées, ordinairement très caractéristiques quand la palpation a pu les découvrir. L'ictère fréquent, l'ascite habituelle, les antécédents bien nets aideront à éviter toute erreur.

Mais la confusion paraît plus facile, quand il s'agit d'un cancer primitif du foie, et surtout quand il y a une tumeur régulière sans bosselures, et d'une consistance demi-dure, le contenu étant parfois colloïde.

Il existe un exemple de cette confusion, exemple qui n'a guère été remarqué par les auteurs dans le traité de Campet (1).

Obs. LXIX. — En mai 1763, un nègre âgé d'environ 40 ans, esclave de M. Desessard, commissaire de la marine à Cayenne, avait eu des fièvres violentes, accompagnées d'une douleur et d'une pesanteur à l'hypochondre droit. Par la suite cette partie se gonfla, une élévation y parut sous la forme d'une tumeur circonscrite. Il y avait de l'ascite. Campet, ayant senti de la fluctuation, se décida à ouvrir l'abdomen (2). L'incision fut commencée à environ un bon pouce de la 2e fausse côte, et conduite vers l'épigastre. Elle était assez grande pour pouvoir introduire la main.

Or, on ne trouva pas d'abcès, mais en revanche le foie était tout cancéreux; un tubercule de la grosseur d'une moyenne tête d'oignon formait l'éminence qui paraissait à l'extérieur. Les intestins nageaient dans un liquide sanguinolent, semblable à l'eau qui a servi à une saignée du pied. Le huitième jour de l'opération l'homme mourut ; on fit l'ouverture du cadavre. La partie convexe du grand lobe du foie, naturellement lisse, était poreuse comme une éponge et couverte de tubercules de diverses grosseurs; la forme et le volume de ce viscère était monstrueux, et sa substance tombait en dissolution, pour peu qu'on la pressât entre les doigts.

Malgré cet exemple, la confusion d'un cancer hépatique avec un abcès restera chose rare, et s'expliquerait surtout par les conditions dans lesquelles Campet pratiquait : pays chauds, fièvre paludéenne, etc....

Reclus et Segond, il est vrai, ont tous les deux pu confondre le cancer colloïde du foie avec les kystes de cet organe : mais pour l'abcès du foie la différence est plus tranchée. Elle se tire surtout de la tuméfaction mal limitée, de la douleur plus nette, du type fébrile habituel, des symptômes gastro-intestinaux, de l'absence de l'ascite, de la dénutrition enfin dont nous avons déjà signalé le caractère particulier. Le cancer a pour lui la tumeur dure et

(1) Campet. — Traité pratique des maladies graves des pays chauds. Paris, 1802. p. 204.

(2) Campet traitait les abcès du foie par une véritable laparotomie.

limitée, l'absence fréquente de douleur et de fièvre, la présence fréquente de l'ictère et de l'ascite, la constipation habituelle, et enfin la cachexie spéciale, à teint paille caractéristique s'il n'y a pas d'ictère.

Congestion hépatique. — Le foie, dont la vascularité est telle que les anciens appelaient cet organe le *cœur du ventre* (1), se congestionne avec la plus grande facilité; et, comme son hypérémie est surtout fréquente dans les pays chauds, il y a souvent lieu de décider si telle lésion hépatique est une inflammation suppurative, un abcès, ou une simple congestion.

Il n'y a pas de diagnostic immédiat précis à établir entre la *congestion aiguë* du foie et la première période de l'hépatite suppurative, car l'expression symptomatique est, au degré près, la même dans les deux cas. C'est pourquoi nombre d'auteurs rattachent la congestion à l'histoire de l'hépatite. Dutroulau, par exemple, sous le titre « *point de côté hépatique* », en fait une forme légère ou atténuée de l'inflammation du foie. Il nous est arrivé souvent d'entendre des officiers et, même, des médecins parler de leur hépatite, alors que le foie de ces malades avait subi, tout au plus, quelque poussée congestive, et nous avons dit (chap. I), avec quelle facilité abusive la congestion vient grossir les chiffres de l'hépatite vraie, dans les statistiques coloniales.

Les symptômes eux-mêmes sont, en cette matière, à considérer, moins que l'évolution morbide, sa durée, et son mode de terminaison. Y a-t il, au bout de quelques jours, cessation définitive de la fièvre, disparition des troubles gastriques et des douleurs hépatiques, réduction nette et progressive du volume du foie, la maladie était une congestion ou une hépatite non suppurée. Si, après une brève détente symptomatique, la fièvre reprend, rémittente ou intermittente, vespérale, avec sueurs, le foie restant douloureux et tuméfié, les présomptions de la suppuration deviennent plus grandes.

Entre la simple congestion et l'hépatite non suppurée, le diagnostic se réduit, comme nous l'avons indiqué plus haut, à une question de degré et devient, en quelque sorte, une subtilité clinique fondée sur la rapidité plus ou moins grande avec laquelle symptômes locaux et généraux disparaissent sous l'influence du traitement.

(1) Frey (M. A. de Heidelberg). — *Des blessures du foie et de l'hépatite traumatique.* Th. Montp., 1855.

La *congestion chronique* et l'état morbide complexe que les Anglais appellent « *torpeur du foie* », lésions issues du climat et, fréquemment aussi, d'une diététique vicieuse, se distinguent assez bien de l'hépatite suppurée par une simple sensation de gêne ou de pesanteur à la région hépatique, sans douleur fixe, irradiée ou provoquée, l'absence habituelle de la fièvre, une intégrité relative des fonctions digestives, constipation à part, et de passables conditions de nutrition générale.

La situation est moins nette, quand la dysenterie existe ou a existé. Elle peut être des plus équivoques, si le foie congestionné, pigmenté, partiellement sclérosé sous l'influence de l'impaludisme, est volumineux, dur, comme tuméfié par places, et si, dans ces conditions, la fièvre se manifeste par accès quotidiens. Le fait d'avoir constaté de l'hypertrophie splénique, et reconnu, sans hésitation, l'infection paludéenne, ne résout pas le problème quant à la suppuration hépatique; car la première condition est loin d'exclure la seconde. C'est encore un cas dans lequel la ponction exploratrice peut devenir nécessaire.

Cirrhoses. — Dans la cirrhose *hypertrophique*, les urines sont, comme celles de l'abcès du foie, très pauvres en urée; mais un ictère chronique, très intense, est, dans cette maladie, un symptôme fondamental, alors que la coloration jaune, franchement ictérique, de la peau et des muqueuses, est tout à fait exceptionnelle dans l'hépatite suppurée.

Cependant, quelques cas d'abcès ont été pris pour les cirrhoses hypertrophiques (1).

Hanot (2) rapporte que Cruveilhier commit l'erreur inverse, en prenant, pour un abcès du foie, une cirrhose hypertrophique dans laquelle la voussure, la douleur, les progrès rapides de l'affection et la fièvre, étaient faits pour donner le change.

La cirrhose *veineuse* ou cirrhose *de Laënnec* est, à sa période d'état, d'un diagnostic facile. L'atrophie du foie et l'ascite empêcheront qu'on la confonde avec l'hépatite suppurée.

Colique hépatique. — Cette manifestation de la *lithiase biliaire* pourrait, dans les pays chauds, rendre plausible l'hypothèse d'une suppuration du foie et devenir, pour le médecin, un prétexte à hésitations pleinement justifiées par les considérations suivantes : la douleur déterminée par un calcul qui s'engage dans le canal

(1) Francoz. — Th. Paris, 1873.
(2) *Cirrhose hypertrophique du foie.* Th. Paris, 1876.

cystique, y chemine à frottement ou s'y enclave, peut retentir sur l'épaule droite et le bras correspondant, comme la douleur symptomatique de l'hépatite suppurée, et, s'il est vrai que la première a une brutalité et une violence d'explosion qui n'appartient pas à la seconde, on doit se souvenir que certains abcès hépatiques, silencieux jusque-là, se révèlent tout-à-coup, comme dans l'observation de Morehead, par des symptômes suraigus et des douleurs excessives, quand leur développement les a conduits au voisinage immédiat de la capsule de Glisson. Ordinairement apyrétique, la colique hépatique est susceptible de donner lieu à un mouvement fébrile avec frissons, fréquence du pouls et température à 40° (Frerichs), accès fébriles comparés par Budd à ceux qui suivent le passage d'une sonde dans le canal de l'urèthre.

Il faudrait, en pareil cas, étudier attentivement les points hépatiques douloureux, le point *cystique* notamment, à l'angle du rebord costal et du muscle grand droit de l'abdomen, plus significatif, ici, que le point *épigastrique* qui existerait également dans un abcès du lobe gauche ; constater par la percussion et la palpation, si la vésicule biliaire est distendue ; ne pas omettre l'examen plessimétrique du foie, le volume de cet organe étant normal dans les formes ordinaires de la lithiase biliaire ; demander si les accidents ont débuté deux ou trois heures après le repas, s'il n'y a pas eu, antérieurement, une ou plusieurs attaques analogues, et, s'agit-il d'une femme, si le retour de ces crises affecte quelque relation avec les époques cataméniales. Il conviendrait, enfin, de surveiller les débâcles intestinales et, au besoin, d'y rechercher la présence de calculs.

Une complication possible de la lithiase biliaire est l'arrêt d'une concrétion dans le canal cholédoque ou un conduit biliaire hépatique de premier ordre. Dans ces conditions la bile s'accumule et stagne en arrière de l'obstacle, les voies biliaires se dilatent, le foie augmente de volume, un ictère persistant s'établit, avec incoloration des matières fécales, parfois stéatorrhée, et, constamment, dyspepsie ; la fièvre éclate par accès périodiques vespéraux, à trois stades, fièvre intermittente quotidienne, tierce ou quarte, de nature septique (Charcot) (1), avec diminution de la quantité d'urée rejetée par les urines (Regnard).

(1) Chez deux malades atteints de fièvre biliaire, l'examen bactériologique du sang obtenu par piqûre de la pulpe du doigt, a donné des résultats négatifs. Mais l'analyse du sang extrait de la rate par ponction antiseptique, suivant la méthode préconisée par Chantemesse et Widal dans la fièvre typhoïde, a décelé la présence des staphylocoques pyogènes, blanc et orangé. (Dupré. Les *infections biliaires*. Th. cit. Paris, 1891.)

N'étaient les considérations tirées du climat, les commémoratifs et l'ictère, on ne voit pas à l'aide de quels signes il serait possible de distinguer cet ensemble symptomatique, de celui qu'engendrerait une hépatite suppurée de forme sub-aiguë ou chronique, d'autant que, dans ces cas de lithiase biliaire compliquée, il arrive fréquemment que les voies biliaires suppurent et que des abcès miliaires se forment le long des conduits. Nous avons d'ailleurs montré (Chap. IV), que de *grands* abcès du foie, cliniquement semblables à ceux de l'hépatite endémique, peuvent être la conséquence de l'enclavement des calculs dans les voies biliaires intra-hépatiques.

Fièvre bilieuse hématurique (mieux, *fièvre hémoglobinurique* (Corre). — Cette fièvre, dégagée de ce que Dutroulau appelait le *chaos* des fièvres bilieuses, par les médecins de la marine Barthélemy-Benoît, Pellarin et Corre, est une pyrexie paludéenne qui ne s'observe que sur les anciens résidents des pays chauds à malaria (*fièvre jaune des créoles et des acclimatés.*)

Généralement, après deux accès à trois stades, accès prodromiques sans physionomie spéciale, on voit, dans cette maladie, survenir un troisième accès qui, lui, est caractéristique et porte les noms d'*accès jaune*, d'accès *bilieux*, d'accès *hématurique* ou *hémoglobinurique*. Il s'accompagne de céphalalgie, de vomissements bilieux, d'un ictère prononcé et d'une modification très remarquable des urines qui sont couleur *groseille*, *Malaga* ou *Porto* ; elles sont albumineuses, contiennent de l'hémoglobine (Corre), sans que le microscope y décèle des hématies en quantité suffisante pour expliquer leur coloration anormale, et n'offrent pas les réactions des pigments biliaires, mais donnent le spectre de l'urobiline (Venturini). Ces symptômes se montrent dès le début de l'accès, mais ils sont surtout accusés pendant le stade de chaleur. On observe, en même temps, de la rachialgie ; l'épigastre et l'hypochondre droit sont sensibles spontanément et à la pression ; le foie est augmenté de volume ; la rate est tuméfiée. La constipation est plus fréquente que la diarrhée, qui est fortement bilieuse, quand elle existe.

L'accès terminé, l'ictère pâlit sans disparaître complètement, mais les urines reviennent à leur couleur physiologique.

La malade peut guérir après ce premier accès, de même qu'il peut être suivi d'un ou de plusieurs autres en tout semblables au premier. Souvent, aussi, après cet orage, la fièvre prend une forme rémittente à paroxysme nettement accusé, dans l'intervalle

desquels l'ictère et la coloration des urines subissent la même dégradation que tantôt. Enfin, et surtout quand la terminaison doit être funeste, la fièvre devient sub-continue, un état typhoïde se déclare et les urines se suppriment; la mort survient dans le coma. Jusqu'à la fin, les vomissements persistent; ils sont tout-à-fait passifs, bilieux, tachant le linge en vert clair et non en brun comme les vomissements de la fièvre jaune.

Souvent, aux derniers moments, l'ictère pâlit et prend une teinte terreuse; parfois, on observe des pétéchies et une couleur sanguinolente de la sérosité des vésicatoires.

On voit, par cet exposé, que la maladie en question se différencie nettement de l'hépatite suppurée, par la marche des accidents, les accès simples qui les précèdent, l'ictère intense, phénomène exceptionnel dans la suppuration du foie, et, surtout, par l'*érythrurie*, syndrôme qui est inconnu dans l'hépatite endémique.

Rémittente bilieuse. — La rémittente bilieuse, climatique ou paludéenne des pays chauds, a, comme l'hépatite suppurative du type aigu, des vomissements bilieux, de la tuméfaction du foie et de la fièvre paroxystique. Mais l'ictère y est constant et s'y montre dès le début. Les douleurs de l'hypochondre droit ou de la région épigastrique y sont, en outre, moins accusées.

Quant à la fièvre dite *inflammatoire* des Antilles et de la Guyane, laquelle n'est probablement qu'un vulgaire embarras gastrique d'origine climatique, plus ou moins compliqué d'hypérémie du foie, elle crée, vis-à-vis de l'hépatite suppurative, une situation clinique analogue à celle qui détermine la congestion primitive ou idiopathique de cet organe. Dans les deux cas, le diagnostic peut hésiter tout d'abord, mais la suite des événements résout la difficulté.

Vésicule biliaire. — Les abcès et tumeurs de la vésicule biliaire ont donné lieu à des erreurs de diagnostic, et J.-L. Petit consacre à cette différenciation quelques pages pleines d'aperçus judicieux, et de fines observations.

« Lorsque l'abcès du foie, dit-il (1), se forme à la partie convexe de ce viscère, ou lorsque la bile est retenue dans la vésicule du fiel, les téguments sont poussés au dehors, et l'on aperçoit une tumeur à l'hypochondre droit; mais la tumeur causée par l'abcès diffère de l'autre : 1° en ce qu'elle n'est point circonscrite; elle paraît comprise dans l'enceinte des parties voisines, et pour ainsi dire confondue

(1) J.-L. Petit. — Traité des maladies chir., 1760, p. 291.

dans les téguments, qui, pour l'ordinaire, sont œdémateux, au lieu que la tumeur, faite par le gonflement de la vésicule, est exactement distincte et sans confusion, parce qu'il est rare qu'elle soit accompagnée d'œdème ; 2° la tumeur formée par la vésicule est toujours placée au-dessous des fausses côtes, sous le muscle droit; mais celle de l'abcès du foie n'affecte aucune situation particulière ». Et il ajoute nombre d'autres signes : la fluctuation est nette et complète d'emblée dans la vésicule ; elle est obscure, tardive et souvent incertaine dans l'abcès. La fièvre est formée de frissons et de sueurs quand le pus se forme; elle demeure petite et sèche dans la rétention de bile, etc....

Tous ces signes sont excellents. Si l'on y ajoute les accès de colique hépatique, la constipation, l'ictère, l'aspect piriforme et vertical de la tumeur, la situation exacte au bout de la 10me côte, sur le bord du muscle droit abdominal, la consistance caillouteuse que l'on peut quelquefois apprécier, il est évident qu'il n'y aura pas de confusion possible avec un abcès du foie.

Mais cette poche calculeuse peut suppurer : à ce moment la tumeur perd ses caractères; elle s'empâte, adhère à la peau, devient douloureuse; l'œdème paraît; la fièvre s'allume. Le doute serait alors permis, si l'étude des antécédents, l'évolution du mal, les fonctions du tube digestif, ne tendaient à exclure l'hépatite, et ne forçaient, par suite, le clinicien à multiplier ses explorations. Rarement un examen attentif et répété plusieurs jours de suite permettra une semblable erreur.

C. — Cas dans lesquels l'hépatite a pu être confondue avec une maladie générale fébrile.

C'est par les symptômes généraux que l'hépatite suppurée a pu, dans quelques circonstances, simuler une de ces maladies (fièvre typhoïde, fièvre rémittente, etc....) Aussi la forme la plus capable de donner lieu à de pareilles confusions est-elle la forme aiguë, à évolution rapide, où les symptômes généraux sont graves et capables de masquer les signes locaux. Les maladies qu'il y a lieu de discerner dans ce cas sont la fièvre typhoïde, la tuberculose généralisée aiguë, la fièvre bilieuse hématurique, la rémittente bilieuse et la fièvre inflammatoire des pays chauds.

Fièvre typhoïde. — Le caractère typhique se présente dans quelques hépatites suppurées à début brusque, à évolution très prompte, à type fébrile violent.

L'embarras gastrique, l'état de la langue, les selles fétides, le ballonnement du ventre, et surtout l'aspect d'ensemble du malade, éveillent alors l'idée d'une fièvre typhoïde, et le diagnostic n'est ordinairement rectifié que *post mortem*.

Les médecins militaires en ont rapporté plusieurs exemples.

Loison et Arnaud ont récemment publié une observation que nous avons reproduite à propos des migrations pleurales, et dans laquelle le diagnostic porté avait d'abord été « fièvre typhoïde. »

F. Arnaud avait précédemment donné une autre observation dans laquelle rien ne manquait pour faire croire à une fièvre typhoïde, même pas les taches rosées lenticulaires, la sensibilité de la rate, la congestion pulmonaire, etc... (1).

Mais la matité hépatique était augmentée, la base droite du thorax élargie, et les côtes à ce niveau déjetées en dehors et moins obliques.

Une pleurésie brusque avec délire amena la mort après sept jours de maladie.

On trouva à l'autopsie un abcès du foie, ouvert dans la plèvre.

Cette observation est surtout intéressante parce que le cachet typhoïdique a existé dès le début, et ne peut pas être considéré comme lié à une complication de l'abcès.

Dans une observation célèbre de Chomel les phénomènes typhiques n'avaient éclaté qu'après le début de l'affection, et se trouvèrent expliqués par l'irruption du pus dans la veine cave.

Dans d'autres cas, la succession des faits est inverse, et c'est bien là une fièvre typhoïde réelle qui s'accomplit. Mais au milieu de son évolution, survient une hépatite, qui n'est qu'une complication dépendant des ulcérations intestinales.

Nous avons exposé ce lien pathogénique en un autre chapitre, et rapporté une observation inédite qui fournit un exemple frappant de ce genre de faits (Obs. XXIII).

Ainsi la difficulté de diagnostic par suite des symptômes typhiques peut se présenter dans trois circonstances :

a) Le malade est atteint d'hépatite suppurée, et les signes typhiques n'éclatent qu'au bout d'un certain temps, le pus ayant occasionné, par sa migration dans quelque gros vaisseau, une pyohémie subite. Dans les cas de cette espèce, le diagnostic « hépatite » devrait être posé avant le moment où la complication survient ; les phénomènes typhoïdes, au lieu d'obscurcir le problème, pourraient

(1) F. Arnaud. — Marseille Médical, 1887, p. 146.

éveiller l'idée d'une migration du pus dans un vaisseau important.

b) Il y a fièvre typhoïde réelle, affirmée par la courbe thermique, l'état abdominal, etc... et l'abcès apparaît à un certain moment, pas avant le deuxième septenaire, c'est-à-dire quand les plaques de Peyer sont en suppuration. Un point intéressant sur lequel on n'a fait encore aucune recherche serait de savoir si ces abcès contiennent comme les autres des staphylocoques, ou des bacilles d'Eberth.

L'hépatite survenant ainsi au cours d'une fièvre typhoïde, est assez difficile à diagnostiquer parce qu'elle peut être silencieuse et masquée par les signes de la maladie principale. Toutefois en se rappelant que cette complication n'est pas absolument exceptionnelle, le praticien devra se préoccuper d'une douleur de l'hypochondre droit et de l'exagération de la matité si elle coïncide avec la douleur. Une fois l'attention éveillée sur ce point, le diagnostic se posera comme dans tout autre cas.

c) Il n'y a pas réellement fièvre typhoïde, mais simplement un cachet typhique donné par l'intensité de la fièvre, le haut degré d'infectiosité du processus nécrobiotique du foie, etc..., c'est alors qu'il y a réellement un diagnostic délicat et important à formuler. Il se tirera de la préexistence de la dysenterie, circonstance favorable à l'hépatite, du type fébrile plus régulier, dans la fièvre typhoïde, plus interrompu et accompagné plus souvent de grands frissons dans l'hépatite ; et enfin des signes locaux se passant dans l'hypochondre pour l'abcès du foie, dans la fosse iliaque pour la fièvre typhoïde. Si l'incertitude persiste quelques jours, il surviendra bientôt de nouveaux symptômes; la marche de l'hépatite étant alors violente et rapide, on verra éclater soit des manifestations thoraciques comme dans le cas cité d'Arnaud, soit une voussure tellement accusée que l'abcès du foie ne pourra plus être méconnu. Enfin, dans le cas exceptionnel ou après un pareil début, les symptômes s'amenderaient sans que le cycle de la fièvre typhoïde fût accompli, on pourrait voir l'hépatite passer à l'état subaigu, et s'affirmer par ses signes habituels, locaux et généraux. Mais cette terminaison heureuse n'est guère probable, toutes les observations où les phénomènes typhoïdes ont été signalés, s'étant terminées par la mort.

Tuberculose généralisée. — Cette affection, dont la forme aiguë a souvent de nombreux rapports avec la fièvre typhoïde, pourrait aussi être confondue avec une hépatite. Mais il faut remarquer que

c'est précisément par les traits généraux d'aspect typhique, que cette confusion pourrait se faire. Aussi sera-t-elle rare, et l'on n'en connaît guère d'autre exemple que celui qui est rapporté par Guéneau de Mussy, que nous avons déjà mentionné plusieurs fois, et où le diagnostic flotta entre la fièvre typhoïde, la pleurésie, la phthisie, pour n'être révélé définitivement qu'à l'autopsie.

Ces erreurs seront en général évitées, même dans les cas obscurs, par l'étude de la courbe fébrile, de l'état de la poitrine, des crachats, et surtout par l'examen attentif du foie, dont l'état physique n'est pas toujours recherché avec assez de soin pas les cliniciens.

Nous ne reviendrons pas sur la fièvre bilieuse hématurique, la rémittente bilieuse, etc..., le diagnostic en a été indiqué dans un paragraphe précédent.

III° — Diagnostic de précision.

Après avoir formulé l'existence d'un abcès intra-hépatique, le clinicien n'aura pas terminé sa tâche. Pour que son diagnostic soit complet, et fertile en indications réellement curatrices, il doit encore répondre à plusieurs questions : l'abcès est-il unique? Quel est son volume? à quelle variété appartient-il? Quel est son siège exact?

1° *Diagnostic du nombre.* — Avant qu'une hépatite suppurée ait été ouverte, le nombre des abcès occupant le même foie est à peu près impossible à soupçonner. Sans doute on peut se souvenir des probabilités générales.

Nous avons dit au chapitre de l'anatomie pathologique qu'il n'y avait pas à maintenir la distinction anglaise entre l'abcès grand et unique *dit tropical*, et l'abcès multiplie *dit dysentérique*. Toutefois la dysenterie actuelle, ou nettement établie par les commémoratifs, est une présomption en faveur de la multiplicité des abcès. D'ailleurs nous avons dit encore que dans plus de la moitié des cas, l'autopsie révèle la pluralité des foyers de suppuration. Ainsi dans tout cas d'hépatite suppurée, il y a au moins autant de chances pour qu'il existe plusieurs abcès que pour l'éventualité contraire.

Le volume excessif du foie, sa forme, pourront faire présager l'existence de plusieurs foyers, quand il y aura sinon deux ou plusieurs tuméfactions distinctes, du moins une tuméfaction saillante dans plusieurs régions ; ainsi une voussure nette à gauche de la ligne médiane, liée à un vaste gonflement du lobe droit. Par

ailleurs, le retentissement de l'irritation sur plusieurs organes voisins, ou si l'on veut la tendance migratrice accusée dans plusieurs directions, fera songer à plusieurs abcès, mais sans en fournir la preuve absolue ; car nous avons vu un même abcès s'ouvrir dans le ventre et la poitrine.

Mais après l'ouverture d'un foyer purulent hépatique, on peut dans quelques cas affirmer l'existence d'autres foyers. D'abord l'exploration de la cavité suppurée, avec le doigt, pendant l'opération, nous a quelquefois permis d'affirmer qu'il y avait une autre loge, voisine de la première, et séparée seulement de celle-ci par une cloison mince et flottante.

En second lieu, comme après une bonne évacuation de pus, la fièvre tombe *toujours*, si on la voit persister ou se relever promptement, malgré d'amples irrigations antiseptiques, c'est qu'il existe au moins un autre foyer purulent.

C'est là une loi absolue, et dont il est facile de saisir toute l'importance. D'ailleurs, même sans fièvre, la persistance d'un état général mauvais avec amaigrissement progressif doit faire soupçonner la présence d'un deuxième abcès.

Enfin, les changements de forme survenus après évacuation d'un premier abcès, la persistance d'une voussure éloignée de la plaie, l'existence de douleurs en d'autres points, seront encore des indices de foyers multiples. Nous montrons ailleurs, à propos des complications opératoires, que l'apparition d'une cholerrhagie tardive au cours de la réparation d'un premier abcès ouvert, doit faire soupçonner la formation d'un nouveau foyer en aval sur les grandes voies biliaires.

2° *Diagnostic du volume.* — Nous avons déjà dit que les abcès du foie sont *petits*, *moyens*, *grands*, *énormes*.

Les grands et énormes siègent de préférence dans le lobe droit ; les moyens dans le lobe de Spigel, ou le lobe gauche ; les petits, qui peuvent siéger en n'importe quel point, sont ordinairement de très anciens abcès devenus caséeux par résorption d'une partie de leur contenu. On les observera d'ordinaire dans les états chroniques, alors qu'une poussée d'hépatite ou de dysenterie datant de plusieurs années a été suivie d'une guérison incomplète avec persistance de dyspepsie et de quelques signes hépatiques.

Mais en dehors de ces diverses présomptions, peut-on évaluer positivement le volume de l'abcès ? Sans doute par le volume du foie, la tension de la région, le soulèvement des côtes inférieures, l'effacement d'un plus ou moins grand nombre d'espaces intercos-

taux, la hauteur du diaphragme soulevé, la gêne de la respiration, etc..... Rouis déclare qu'un abcès contenant 200 gr. de pus est toujours inappréciable par l'augmentation de la matité et la déformation pariétale.

Dans les abcès énormes le décubitus latéral droit ou gauche est impossible, la respiration est très gênée, et le corps décrit dans le lit un arc de cercle ; la moitié droite du tronc, développée par l'organe énorme qu'elle contient, appartient à un cercle plus grand que la moitié gauche.

3° *Diagnostic de la variété.* — Il peut y avoir quelque intérêt à savoir, avant d'agir, si l'abcès est phlegmoneux ou kystique. Quant aux foyers caséeux ils échappent en général au diagnostic, tant par leur petit volume que par l'absence des symptômes de toute espèce.

L'abcès phlegmoneux est plus volumineux, plus récent, plus douloureux, plus fébrile, que l'abcès enkysté.

Après la ponction, le pus lie-de-vin (râclure de foie) indique l'abcès phlegmoneux; le pus blanc est le propre de l'abcès enkysté.

4° *Diagnostic du siège.* — On sait que le plus grand nombre des abcès siègent dans le lobe droit. Les chiffres recueillis par Corre le conduisent à admettre qu'il y a 80 abcès du lobe droit pour 100 hépatites suppurées. Nous avons nous-même constaté cette prédominance et nous avons établi que les abcès de la face convexe sont bien plus fréquents que ceux de la face concave. Toutefois ces probabilités ne suffisent pas pour établir les indications opératoires et le pronostic de chaque cas en particulier.

On a dit et répété que les abcès dysentériques sont centraux, et que les abcès métastatiques sont superficiels.

Sans entrer dans une discussion pathogénique, suffisamment faite par ailleurs, nous dirons seulement que cette différenciation est très exagérée, et que si les grands abcès du foie, ordinairement dysentériques, débutent le plus souvent par le centre du parenchyme, il en est cependant qui sont absolument superficiels d'emblée, et semblent se développer contre la face profonde de la capsule de Glisson. Il en résulte que l'on ne peut pas, de ce qu'un abcès est superficiel, fluctuant, et facile à atteindre par le trocart explorateur, déclarer qu'il est forcément ancien et volumineux.

Si *l'abcès est central* il s'exprimera par des symptômes vagues, des douleurs sourdes, aucune irradiation, une lourdeur du foie, et de la douleur provoquée non par la simple pression localisée, mais par la succession en masse. Le foie pourra être volumineux, mais il ne sera guère déformé.

Dans *l'abcès superficiel* les phénomènes douloureux sont beaucoup plus vifs et les irradiations plus constantes. Parfois l'irritation de la capsule de Glisson produit des douleurs extrêmement aiguës qu'on a rattachées à la périhépatite. Enfin la périhépatite liée à la superficialité de l'abcès engendre les frottements spéciaux que nous avons étudiés plus haut.

L'élévation du diaphragme, le soulèvement de la paroi thoracique, la gêne respiratoire, la toux dite hépatique, et les autres signes de retentissement diaphragmatique ou même thoracique, sont habituels dans les *abcès de la face convexe*. Les douleurs s'irradient alors vers l'épaule droite quand c'est le lobe droit qui est atteint, tandis que la dyspnée cardiaque avec déplacement du cœur, et la scapalalgie gauche indiquent un abcès de la face convexe du lobe ganche.

Dans l'*abcès de la face concave* la douleur siège plus bas, et les irradiations sont lombo-abdominales. L'ictère et l'ascite seraient moins rares alors que dans les autres formes. L'ictère surtout nous paraît impliquer une compression sur les gros canaux biliaires, et doit faire inspecter avec soin les régions voisines du hile. En tout cas la migration des abcès de la face concave tend vers l'abdomen. Si *le bord postérieur* est envahi, on a relevé des irradiations douloureuses vers le sacrum. Nous rappelons ici que nous avons pu diagnostiquer un abcès de cette région par le déplacement du rein.

L'abcès *du bord antérieur* est celui qui donne les signes les plus sensibles sous le rebord des fausses côtes : douleur, voussure, fluctuation, œdème. Il est d'un diagnostic relativement facile.

A *l'abcès du lobe droit* appartiennent la voussure thoracique externe, l'écartement des espaces intercostaux sous le mamelon en dehors, la matité très étendue, les menaces de pleurésie, le frottement périhépatique localisé ; la migration thoracique lui est habituelle; dans la migration abdominale c'est ordinairement l'angle du côlon, ou le rein, qui sont attaqués par le pus.

Quant à la scapulalgie droite, elle est presque caractéristique de ce siège de l'abcès.

L'*abcès du lobe gauche* est celui dont le retentissement vers le duodénum et l'estomac est le plus facile ; il se caractérise par la voussure épigastrique, la douleur à ce niveau, et des signes stomacaux : hoquets, vomissements. Le frottement périhépatique peut s'observer alors vers l'épigastre.

On a voulu faire de ces symptômes la caractéristique des *abcès du lobe de Spigel*, sur la relation d'un fait intéressant de Mac Lean.

Mais les abcès de ce lobule postérieur, impossible à explorer, sont d'une rareté plus qu'exceptionnelle ; c'est le lobe gauche qui peut donner lieu aux influences et aux migrations typiques dont on a cité quelques exemples : à la face concave de ce lobe, l'abcès atteint le rein gauche, le duodénum, l'estomac et même la rate. A la face supérieure, il atteint le centre phrénique, le péricarde, le médiastin, et la plèvre gauche.

Toutes ces notions anatomiques fournissent des présomptions quant au siège des abcès du foie. La ponction exploratrice transforme ces présomptions en certitude.

Pronostic

Le *pronostic général* de l'hépatite endémique a, pour équivalent représentatif, la *gravité* de l'affection ; celle-ci étant, à son tour, exprimée numériquement par la proportion pour cent, aux entrées pour hépatite, soit de ses décès, soit de la somme de ses décès et des congés qu'elle a rendus nécessaires.

Ces deux modes d'estimation faussent, chacun à sa manière, les résultats statistiques réels. Avec le premier, les chiffres obtenus sont trop faibles, parce qu'on ne tient aucun compte des décès fournis par le personnel congédié, et de l'invalidation définitive, suite fréquente du congé de convalescence ; avec le second, on exagère le déchet subi par les effectifs, puisqu'on considère comme morts, ou, à tout jamais perdus pour le service, les malades rapatriés. Il y a donc, de part et d'autre, une erreur ; encore qu'à ce point de vue, le deuxième procédé nous paraisse le moins critiquable.

Cette difficulté connue, les restrictions qu'elle commande consenties, il ne serait pas impossible d'arriver à la détermination du pronostic général *moyen* de l'hépatite suppurative, si l'on ne se heurtait, par ailleurs, à la pénurie des statistiques et à leur défaut de concordance sous le double rapport des dates et de l'étiquette nosologique.

N'est-il pas évident, par exemple, que les tableaux dressés pour l'hépatite en général diminuent le nombre des décès et des congés, au profit des guérisons, tandis que ceux qui se rapportent aux seuls abcès hépatiques chargent arbitrairement la colonne des décès ? Les premiers n'accordent-ils pas, aux simples congestions du foie, une hospitalité abusive ?

Les errements suivis sont-ils les mêmes dans tous ? Les seconds n'excluent-ils pas la possibilité d'une terminaison favorable que

l'on est en droit d'escompter, la terminaison par résolution ? Cette proposition est si vraie que, dans nos documents du chapitre II, le déchet *total* par *hépatite* oscille entre un minimum de 16.88 °/₀ pour les trois Présidences de l'Inde Anglaise (tableau I), et un maximum de 46.95 °/₀ pour la Cochinchine française, au total des deux années 1867 et 1868 (tableau XIII), alors qu'avec les *abcès du foie*, la seule *mortalité* atteint 88.88 °/₀ à Shanghaï (tableau XIX) et 96.29 °/₀ en Nouvelle Calédonie.

En présence de données statistiques aussi manifestement disparates, nous renonçons à traduire en chiffres la gravité *moyenne* de l'hépatite, et à rechercher les variations de son pronostic général, de l'une à l'autre des régions où la maladie est endémique.

Mais, dans une même région, ce pronostic général varie avec la période d'observation, l'âge, le sexe, la profession, la durée du séjour, etc., toutes conditions dans lesquelles la statistique devient plus exacte et plus facile, puisque les causes d'erreur se trouvant, cette fois, uniformément réparties sur tous les éléments considérés, les rapports ne changent pas.

Nous ne recommencerons pas cette étude déjà faite au chapitre II. Nous nous contenterons de la compléter en signalant, parmi les conditions qui régissent le pronostic de l'hépatite suppurée, l'expectation, l'intervention chirurgicale et la méthode employée.

Les chiffres présentés par de Castro et la Société d'Alexandrie paraissent démonstratifs quant aux résultats désastreux de l'expectation chirurgicale en matière d'abcès du foie (1). L'influence du mode opératoire n'est pas moindre et nous sommes de ceux qui considèrent comme un véritable bienfait thérapeutique, la révolution accomplie, en chirurgie du foie, par la combinaison méthodique des ponctions aspiratrices pratiquées de très bonne heure, des larges incisions et de l'antisepsie.

Mais on se tromperait en cherchant les preuves de son incontestable valeur, dans la statistique de Gauran (2), accusant 22 guérisons sur 25 cas opérés, car celle-ci fut dressée à une époque où l'on n'avait guère fait connaître que les succès opératoires ; ou encore, dans les chiffres de notre camarade le D[r] Ayme (3), relatif à une série exceptionnellement heureuse démentie par l'observation ultérieure (tabl. XVIII et XIX).

(1) V. Chap. XI. Trait. chirurgical.

(2) Th. cit. et Corre, op. cit.

(3) Op. cit.

Le relevé (1) publié par l'un de nous mérite plus de crédit parce qu'il représente une statistique *intégrale* portant sur une dizaine d'années. Or, la mortalité indiquée par ce document (56 °/₀), n'est certes pas excessive, si l'on remarque, avec l'auteur, que la plupart des sujets ont été opérés très tard et que plusieurs d'entre eux étaient des dysentériques atteints de complications mortelles par elles-même.

On serait donc en droit d'en induire qu'avec de meilleures conditions d'intervention chirurgicale, les résultats obtenus seraient beaucoup plus favorables. Ceux auxquels nous sommes parvenus avec la méthode d'ouverture très large et de curetage que nous employons depuis quelques années, confirment du reste ces prévisions.

Le pronostic *individuel* ou *clinique* dépend : 1° *de la forme de la maladie* et de son aptitude à se terminer par résolution — A cet égard, l'hépatite aiguë est moins grave que les hépatites subaiguë et chronique. Pour la même raison, l'hépatite primitive est d'un pronostic moins sévère que l'hépatite d'origine dysentérique.

2° *Des tendances de l'abcès.* — Les collections purulentes qui pointent vers la paroi thoraco-abdominale exposent à moins de dangers et procurent plus de guérisons que les abcès qui tendent vers les organes du thorax et de l'abdomen, parce qu'elles sont plus accessibles au traitement chirurgical.

3° *Du mode d'ouverture spontanée de l'abcès.* — L'issue du pus par les voies biliaires, l'estomac, le duodénum ou le côlon est une éventualité relativement heureuse, mais rare. L'ouverture par les bronches, quoique très critique, est assez fréquemment suivie de guérison. Elle vaut infiniment mieux que la rupture dans la plèvre, presque toujours mortelle par épuisement ou par septicémie. La terminaison fatale est inéluctable quand l'abcès s'ouvre dans le péricarde, la grande cavité péritonéale ou la veine cave inférieure (Colin-Olmeta).

4° *Du nombre des abcès.* — La multiplicité des abcès est une cause très commune d'insuccès chirurgical et de mort. Elle doit toujours être soupçonnée lorsqu'après l'incision d'un abcès, la poche se vidant bien et le pus n'ayant pas d'odeur, la fièvre persiste ou reprend après une apyrexie de quelques heures.

L'hépatite dysentérique est, à cet autre point de vue, particulièrement redoutable.

(1) L. E. Bertrand. — *Rev. de Chirurg.* Août 1890.

Les abcès multiples réclament, du chirurgien, des interventions multiples. On ne se lassera point de les poursuivre avec l'aiguille aspiratrice, et tout abcès découvert sera incisé, drainé, aseptisé. Le salut du malade est à ce prix. C'est ainsi que, dans quelques cas, malheureusement trop rares, la guérison a pu être obtenue après deux et jusqu'à trois opérations (obs. CV et CVI).

5° *De l'expression symptomatique.* — La gravité du pronostic n'est pas toujours en rapport avec l'intensité des symptômes ordinaires de l'hépatite suppurative, puisque les formes les plus franches sont précisément les plus curables. L'état typhoïde est un syndrome qui supprime à peu près tout espoir de guérison.

6° *Des moyens de résistanee dont dispose l'organisme.* — La situation est bonne, toutes choses égales d'ailleurs, quand les malades ne sont pas trop débilités. Les cachexies dysentérique ou paludéenne sont, au contraire, de lamentables conditions.

7° *De l'existenee ou de l'absence de complieations.* — Toutes, à l'exception de la péri-hépatite sèche, aggravent le pronostic, et il en est qui, comme l'infection purulente généralisée, entraînent constamment la mort.

CHAPITRE XI

PROPHYLAXIE. — TRAITEMENT.

La prophylaxie de l'hépatite suppurative endémique tire ses éléments de l'hygiène et de la matière médicale.

Hygiène. — Cette partie de la médecine n'étant, comme nous l'avons écrit ailleurs, que de *l'étiologie à rebours*, exerce, sur toutes les maladies, un pouvoir prohibitif auquel l'inflammation suppurative du foie n'est point soustraite.

Mais les moyens d'action dont elle dispose à l'égard de cette dernière affection n'offrent rien de spécial, rien par exemple qui ne s'applique à la défense de l'Européen contre les atteintes de la dysenterie aiguë ou chronique des régions intertropicales.

Or, nous avons déjà, dans un autre ouvrage, étudié, avec tous les développements que comporte la question, cette prophylaxie par l'hygiène, dans ses rapports avec l'*Entéro-colite endémique des pays chauds*. Ne voulant ni reprendre cet exposé sous une forme différente, ni le transcrire ici, nous nous bornerons à présenter, en manière de programme, un résumé très succinct des conditions hygiéniques les plus propres à empêcher le développement des maladies endémiques en général et de l'hépatite en particulier :

1° S'abstenir de courir les aventures coloniales si l'on ne possède pas une bonne santé habituelle. Eliminer des contingents coloniaux les soldats ou marins débiles, suspects de quelque diathèse ou atteints antérieurement d'une affection endémique (impaludisme, dysenterie et, surtout, congestion du foie ou hépatite).

2° Quitter l'Europe à une époque telle qu'on arrive dans la colonie au moment de la meilleure saison. — Règler dans ce sens le départ des contingents.

3° Accomplir la traversée sur un navire non encombré, convenablement aménagé et ventilé.

4° Après le débarquement, choisir une habitation bien située et bâtie de manière à préserver également de la chaleur et de l'humidité. — Contruire d'après ces données, les casernes, postes et hôpitaux.

5° N'employer pour les besoins alimentaires, que de l'eau reconnue de bonne qualité à l'analyse chimique et bactériologique; les eaux de consommation souillées par la présence de matières organiques étant une cause de dysenterie (1). Toute eau suspecte ne sera bue qu'après avoir été bouillie, filtrée et, s'il est possible, coupée, avec une infusion faible de thé ou de café.

6° Eviter tous les excès. Manger modérément; écarter de sa table tous les aliments qui ne sont pas d'une facile digestion et se garder de l'abus des condiments aromatiques. Se défier des légumes verts, souvent chargés de parasites; laver plusieurs fois, à l'eau bouillie, les radis et les salades. Consommer, comme boisson, du vin coupé, de la bière ou du thé léger. Malheureusement le bon vin est rare et cher aux colonies, et la bière y est souvent, pour les besoins de l'exportation, additionnée d'alcool.

7° S'abstenir de boissons alcooliques immédiatement après le repas et dans l'intervalle des repas; donc ni liqueurs, ni apéritifs (*dyspepsie en bouteille*). Se garder de l'usage réitéré et de la prescription banale du vin de quinquina. On en abuse, dans les pays chauds sous prétexte de se tonifier ou de se préserver de la fièvre et nous en avons, nous médecins, suivant la juste remarque de Bérenger-Féraud, fait une amorce à l'alcoolisme.

8° Se soustraire à toute occasion de refroidissement, surtout si l'on a fatigué et si la peau est couverte de sueur. Empêcher la possibilité d'un semblable accident, cause déterminante aussi réelle que vulgaire de dysenterie et d'hépatite, par le port de vêtements adaptés au climat (flanelle anglaise maintenant en usage dans tout l'extrême orient).

(1) « La dysenterie, très commune à Cayenne avant l'installation de la prise d'eau du Rorota, est devenue très rare depuis que la ville est munie d'une eau pure et exempte de principes organiques. Aux îles du Salut, la dysenterie, excessivement fréquente et meurtrière tant que le pénitencier a été alimenté par les pluies et une grande citerne découverte, avait cessé depuis l'installation d'une citerne couverte. Elle a reparu dès que la citerne, faute de soins, a contenu un dépôt limoneux considérable. » (Hache. *Rapport sur la transportation*, cité par Laugier : *Considération sur le climat et la pathologie de la Guyane française*. Th. Montp., 1889.

9° Ne pas abuser des purgatifs ; mais prévenir et combattre, par l'irrigation rectale, la constipation habituelle.

10° Supprimer toute circonstance de nature à propager la dysenterie par contagion. Rigoureuse propreté des lieux d'aisance et ustensiles destinés à certains usages, dans les casernes, les hôpitaux et à bord des navires. Désarmement et désinfection des transports-hôpitaux dans l'intervalle de deux campagnes.

11° Ne pas trop prolonger le séjour colonial, la morbidité par dysenterie et par hépatite croissant avec le temps de résidence. Les colons qui possèdent une fortune suffisante feront sagement en allant passer quelques mois en Europe tous les deux ans. La durée du service colonial n'excédera pas ce dernier terme pour les militaires, marins ou fonctionnaires de tout ordre et de tout grade.

12° Rapatrier, sans hésiter, tout individu qui a subi une atteinte un peu sévère de dysenterie, de congestion hépatique ou d'hépatite. Si l'on a quelque raison de supposer qu'un abcès se forme dans le foie, ou y est formé, il vaut mieux retenir le matade pour l'opérer sur place, que l'envoyer, en cet état, courir les chances d'une périlleuse traversée. Ne jamais évacuer sur les sanitaria d'altitude, les convalescents de dysenterie ou de congestion hépatique.

13° Ne pas se départir d'une hygiène sévère, pendant la traversée de retour et même après le débarquement.

Matière médicale. — Si la suppuration hépatique procède d'une inflammation microbienne d'origine intestinale et si la dysenterie en est la cause ordinaire, il est indiqué d'attaquer cette dernière maladie, dès son apparition, et d'en poursuivre le traitement: avant tout par l'ipéca, le calomel, la manne, ou le sulfate de soude, ces classiques agents d'une médication empirique qui a merveilleusement fait ses preuves; accessoirement par les divers antiseptiques intestinaux comme le nitrate d'argent, les solutions étendues de bichlorure de mercure ou d'acide borique (en lavements), l'eau sulfo-carbonée, le naphtol B et le salicylate de bismuth.

Les purgatifs et les antiseptiques, ceux-ci à l'intérieur et au dehors, seront les meilleurs moyens à employer pour combattre la furonculose et empêcher le retour de ses manifestations.

Traitement

Il se divise naturellement en traitement médical et traitement chirurgical.

I. — Traitement médical

Son étude analytique comporte les subdivisions suivantes: Régime. — Emissions sanguines. — Matière médicale. — Hydrothérapie. — Eaux minérales.

Régime. — Une diète sévère est de rigueur dans l'hépatite aiguë fébrile (1). Du bouillon, de la limonade citrique, c'est assez si l'intestin ne présente aucun symptôme de maladie actuelle; c'est trop, si la dysenterie existe à l'état aigu. Dans ce cas le bouillon ordinaire, lui-même, est mal toléré, et nous croyons qu'il y a avantage à lui substituer du bouillon de poulet, en même temps qu'on prescrit de la tisane albumineuse ou de l'eau de riz. Vers la fin du premier septenaire, alors qu'une détente symptomatique s'est produite, on permettra l'usage du lait et de quelques aliments légers. Si l'inflammation hépatique se termine par résolution, on renforcera peu à peu le régime lacté mixte, et l'on atteindra au dernier terme de la progression alimentaire par la prescription d'un vin peu riche en alcool, plus tonique qu'excitant, le Bordeaux par exemple, coupé avec une eau minérale faible, comme l'eau de Saint-Galmier.

Dans les formes sub-aiguë et chronique de l'hépatite, la diète lactée pure sera, comme régime initial ou régime d'épreuve, le meilleur mode d'alimentation que l'on puisse prescrire, même en l'absence de dysenterie, parce que c'est celui qui fatiguera le moins les organes digestifs, fournira au malade la plus grande quantité de principes nutritifs facilement assimilables, et laissera la plus faible somme de résidus à ptomaïnes. Par la suite, et pour les modifications à faire subir à ce régime, on se guidera sur l'état du foie, la marche de la température et la tolérance intestinale.

Le régime lacté exclusif sera encore très avantageux après l'intervention chirurgicale. Léo insiste, avec raison, sur ce point de diététique, encore que dans l'une des observations qu'il commente (2), la suppression d'une ration de vin beaucoup trop forte (3), ait été aussi salutaire que la prescription même du lait.

(1) « Aromata et vinum nocent. Potus sit aqua hordei, quae refrigerat, abstergit, obstructionesque minuit (D. Sennert, op. cit.)

(2) *Obs. d'hépatite supp. recueillies à l'hôp. maritime de Cherbourg.* Arch. de méd. nav., 1890. T. LIV. Obs. II.

(3) Trois quarts de vin ordinaire, 100 gr. de vin de Banyuls.

Emissions sanguines. — Les émissions sanguines, générales et locales, semblent avoir été, depuis les premiers âges de la médecine jusqu'aux dernières années de la période moderne, le plus puissant argument de la thérapeutique médicale, contre l'hépatite aiguë.

Celse (1) veut que le traitement commence par une soustraction de sang, et Archigène (2) recommande, après la saignée du bras droit, des applications répétées de ventouses scarifiées.

La tradition de ces errements, suivis par Galien et ses successeurs, s'est perpétuée jusqu'au milieu du XIXe siècle.

Les médecins coloniaux furent longtemps des phlébotomistes à outrance. Lind écrit, sans autre indication, qu'il est très nécessaire de tirer du sang, dès le principe. Mais Annesley et après lui presque tous les médecins de l'Inde Anglaise, Ranald Martin et Dutroulau, ouvrent la veine *coup sur coup* et font alterner la saignée avec des applications de sangsues ou de ventouses scarifiées.

Ranald Martin est d'avis qu'il faut saigner largement, au début de l'hépatite, « la mesure de la déplétion étant, dans tous les cas, une sensation de soulagement local et général, *avec souplesse de la peau* » (3). Pour Dutroulau : « si le pouls est plein et tendu, et la douleur intense, il faut pratiquer immédiatement une saignée de 500 gr., et, si c'est le matin qu'on a vu le malade, prescrire le soir une application de ventouses sur le côté. Le lendemain, si les choses sont dans le même état, on revient à une saignée de 400 gr. le matin et à une application de sangsues le soir. Si la constitution du malade et l'intensité des symptômes le permettaient, on reviendrait à une troisième saignée plus petite ; de même que dans les conditions opposées, on se bornerait à une petite saignée du bras ; mais tous les jours, tant que dure la tension du pouls, il faut faire deux, puis une application de sangsues... La tension et la dureté du pouls doivent seules mesurer le nombre des saignées locales, sans négliger la constitution du malade » (4).

Sans doute, tous ces auteurs faisaient d'expresses réserves, et même, reconnaissaient de formelles contre-indications dictées par

(1) « Initio sanguinem mittere optimum est. »

(2) « Porro hepate inflammato, sanguinis detractionem experiri oportet, si nihil id fieri praepediat. Incidenda autem in dextro cubito vena interna, ita ut substratam arteriam observemus ; quae si non appareat, media ; si vero neque ipsa appareat, superior..... Sequenti a venae sectione die, cucurbitae cum scarificatione affligendae, rursumque post unam diem..... non pauci enim a secunda earum adhibitione opem senserunt magis quam a priore. »

(3) « *With softening of the skin* . (Souligné dans le texte).

(4) Op. cit., p. 629.

l'âge du sujet, l'état de ses forces, la durée de son séjour aux pays chauds et son passé pathologique; la précédente citation en est la preuve péremptoire.

Comment admettre, cependant, qu'ils n'aient pas dépassé le but et franchi les limites qu'ils prétendaient imposer à leur propre thérapeutique, quand on considère qu'Annesley était contemporain de Broussais, quand il déclare avoir pu regretter de n'avoir pas suffisamment saigné mais jamais d'avoir tiré trop de sang, tandis qu'on voit Dutroulau écrire (1) : « aujourd'hui, je serais sans doute moins prodigue d'émissions sanguines que je l'étais il y a dix-huit ou vingt ans ; on subit plus ou moins l'influence des doctrines régnantes ? »

Il est également vrai que d'autres médecins des pays chauds, tels que Larrey (2) et Haspel (3) n'accordaient, à l'emploi systématique de la saignée, dans l'hépatite suppurative, qu'un crédit des plus restreints, réduisant à leur juste valeur les services qu'on peut en attendre et ne se faisant aucune illusion sur ses inconvénients et ses dangers.

Mais ces dissidents étaient rares. La grande masse des praticiens suivait fidèlement la tradition, acceptant pleinement la doctrine et l'appliquant dans toute sa rigueur.

(1) Note de la page 639.

(2) « La saignée doit être relative à l'état de pléthore du sujet, à ses forces et à l'intensité de l'inflammation. En général, ce moyen est moins indiqué dans les climats chauds que dans les pays froids; aussi il faut être très circonspect dans son emploi ». (*Clinique chirurgicale,* Paris, 1829, t. II).

(3) « Cette indication des saignées générales... n'est au contraire applicable qu'au plus petit nombre des cas. Les circonstances sont tellement diverses et variables, qu'il nous paraît de toute impossibilité d'établir des lois et des formules précises. Si vous ne saignez pas assez, vous voyez les phénomènes locaux persister au même degré d'intensité et la phlegmasie passer à l'état chronique et à la suppuration ; si vous saignez trop, le malade va tomber au-dessous du degré de forces nécessaire pour que la résolution puisse s'opérer et vous avez la douleur de le voir tomber dans l'adynamie. Cependant, dans un organe aussi vasculaire que le foie, il semblerait qu'il faille tirer de grandes masses de sang ; eh bien, ici, l'expérience journalière démontre que rarement la saignée a, dans cette phlegmasie, la même efficacité que dans l'inflammation du poumon ; rarement le sang présente cette couenne inflammatoire qu'on rencontre dans la phlegmasie de certains organes et qui semble inviter à répandre du sang. Cependant, si l'hépatite se présentait chez des hommes robustes, avec les caractères de violence et d'acuité qui ont caractérisé nos deux premières observations. .. la saignée générale répétée serait d'une grande utilité, et les médecins de l'antiquité sont presque unanimes sur ce point ; mais ces cas, comme je viens de le dire, forment des exceptions en Afrique », t. II, p. 284.

Cette question n'a plus, aujourd'hui, qu'un intérêt historique. Le traitement de l'hépatite par la saignée ne compte plus de partisans. Il a disparu dans le naufrage où a sombré le système de thérapeutique générale, dont il faisait partie.

Y a-t-il lieu de le regretter?

Nous ne le pensons pas. La saignée, même quand on s'en tient à une seule phlébotomie, n'est pas une médication qui convienne aux pays chauds. Elle y est, à chaque instant, contre-indiquée par les antécédents pathologiques des malades et l'état d'anémie qui marque toutes les constitutions.

Dans l'hépatite en particulier, elle ne procure au patient qu'un soulagement précaire, au grand détriment de ses forces et de ses conditions de résistance. Mac Lean, un de ses rares adversaires dans l'Inde, lui reprochait de favoriser la suppuration hépatique : il se pourrait que la microbiologie corroborât cette accusation, puisqu'elle place le *phagocytisme* au premier rang des moyens de défense dont l'organisme dispose contre l'invasion microbienne (1).

Les émissions sanguines *locales* sont moins dangereuses et plus utiles.

Les *ventouses scarifiées*, qui ajoutent la révulsion à la spoliation sanguine, nous paraissent préférables aux applications de *sangsues*.

Matière médicale. — Les éléments qu'elle fournit sont les agents de médications que nous nous proposons de passer en revue sous les titres ci-après : 1° médication altérante ; 2° médication purgative ; 3° médication vomitive ; 4° médication révulsive ; 5° médication désinfectante ; 6° médication antipyrétique ; 7° médication opiacée ; 8° médication tonique et eupeptique.

1° *Médication altérante.* — Nous n'attachons à ce mot aucune signification doctrinale : nous ne l'employons que comme une étiquette qui nous permettra de grouper assez naturellement plusieurs substances médicamenteuses : mercuriaux; tartre stibié;

(1) Les expériences faites par Gaertner (*Contribut. à l'étude de la prédisposition morbide.* Ziegler's Beitrage zur path. anat. 1890, t. IX, fasc. 2) démontrent que les staphylocoques se développent beaucoup mieux dans le sang d'un lapin, lorsque l'animal a été rendu préalablement hydrémique *au moyen d'émissions sanguines* ou d'une alimentation insuffisante. Dans ces conditions, les suites des inoculations sont beaucoup plus durables et plus graves, quelquefois même mortelles : 4 lapins sur 16 hydrémiques ont péri ; tandis que, dans les conditions normales, le staphylocoque disparaît très rapidement du sang des lapins, il s'y trouverait encore dix-huit heures après l'inoculation chez les animaux rendus hydrémiques. » (Analyse de la Gaz. méd. de Paris, 20 juin 1891.)

ipéca ; bicarbonate de soude ; chlorure d'ammonium et iodures alcalins.

(*a*) *Mercuriaux.*— Lind, le principal promoteur du traitement de l'hépatite par les mercuriaux, demandait, à ces composés, l'action altérante, résolutive, fondante ou antiphlogistique (l'appellation importe peu), plus qu'il ne tenait à tirer parti de leur action purgative. « Quand, dit-il, la fièvre est un peu abattue par la saignée, et qu'on a pu faire prendre un minoratif ou un lavement, c'est au mercure qu'il faut avoir recours *comme spécifique* dans cette maladie. *Il est bon d'exciter une douce salivation de quinze à vingt jours*, par le moyen de frictions mercurielles sur la partie malade ou aux environs ; en même temps on fera prendre par intervalles, des pilules mercurielles ou du calomélas..... J'ai donné le mercure avec succès à quantité de personnes que j'ai traitées à leur retour des Indes Orientales et qui avaient eu des rechutes en Angleterre. Dans trois circonstances où je m'abstins de son usage, le foie vint à suppurer ; deux malades en moururent. En pareil cas, l'usage du mercure peut être regardé comme empirique ; mais l'opinion de tous ceux qui ont pratiqué la médecine dans l'Inde, a confirmé que cette méthode était la moins trompeuse et la plus sûre (1). »

Annesley pensait, comme Lind, que la salivation est une condition nécessaire de l'action thérapeutique des mercuriaux dans l'hépatite suppurative; mais cette salivation, il cherchait à l'obtenir d'emblée par des doses massives de calomel qu'il considérait comme moins irritantes pour le tube digestif (2) et plus capables

(1) Op. cit. t. I, p. 125. — Le traducteur ajoute, en note : « On ne conteste plus aujourd'hui que le mercure ne soit, en pareil cas, un excellent remède; tous ceux qui ont été aux Indes Orientales en sont convaincus. — Le Dr Gilbert Pasley, premier médecin des établissements anglais sur la côte de Coromandel, résidant à Madras, reçoit tous les jours, des autres endroits, ceux qui sont attaqués de la *maladie du foie* et les guérit à l'aide du mercure. Une pratique de plus de dix-huit années lui a prouvé la bonté de cette méthode. Il est vrai que l'administration du vif argent est quelquefois suivie de dysenterie; mais cet accident est fort rare. La *salivation est, jusqu'ici, ce qui prévient le plus sûrement la suppuration du foie.* »

(2) « Nous croyons, écrit-il, que l'action complète des mercuriaux étant amenée rapidement et le ptyalisme devenant abondant, il se produit une dérivation sur la bouche et l'appareil salivaire ; on voit alors l'affection du foie s'amender et les fonctions de l'organe revenir à leur état normal. Nous croyons qu'il résulte souvent beaucoup d'inconvénients de l'habitude de donner des doses trop fréquentes de calomel, dans l'intention de produire les effets constitutionnels du mercure. On amène ainsi une plus grande irritation du tube digestif, et on obtient plus lentement un résultat. On donne, somme toute, plus de calomel, en l'administrant par cinq grains toutes les trois ou quatre heures qu'en prescrivant une dose de vingt grains seulement, au moment du coucher; cette dernière dose agit sur l'estomac comme un sédatif, tandis que des doses plus petites augmentent l'irritabilité de ce viscère quand elle existe, et souvent la produisent quand elle n'existait pas. » (Cit. par Hallopeau. *Du mercure.* Th. d'agrégation, 1878, p. 189).

d'agir vite en décongestionnant le foie et chassant la bile altérée. En outre, il croyait utile d'appuyer l'action purgative des mercuriaux par celle d'un purgatif ordinaire, et, après avoir fait suivre les saignées, de l'administration du calomel, le soir, à la dose de vingt grains, prescrivait, pour le lendemain matin, du tartrate de potasse, de l'huile de ricin (castor oil) ou du jalap. La salivation obtenue, on laissait passer quelques jours avant de reprendre l'usage des mercuriaux, s'il paraissait encore indiqué.

Les successeurs d'Annesley ont presque tous suivi cette pratique (1). Toutefois, Morehead estimait que les doses réfractées de calomel devaient être préférées aux doses massives, quand les premiers symptômes de l'hépatite n'avaient pas cédé à la médication classique, et Ranald Martin déclarait se contenter d'un léger effet de mercure sur les gencives, sans chercher à provoquer une véritable salivation (2) ; comme si l'on pouvait maîtriser l'action des mercuriaux et la gouverner au gré de ses désirs thérapeutiques.

Les médecins de l'Algérie ont, eux aussi, largement usé du calomel, dans le traitement de l'hépatite ; mais l'un d'eux, non le moins éminent, Haspel, ne voyait dans la salivation, qu'un accident inutile, qu'il cherchait à éviter en prescrivant le sel mercureux à pleine dose (2 gr.) après l'avoir fait précéder d'un purgatif ordinaire.

Tel n'était point l'avis de Dutroulau. C'est, disait-il, l'absorption et l'action altérante du mercure qu'il faut poursuivre, la salivation étant le meilleur indice de l'action curative du calomel.

Tous les praticiens qui ont fait usage des mercuriaux et vanté l'emploi de ces remèdes, dans l'hépatite suppurative, y recouraient surtout lorsqu'ils étaient en présence de la forme franchement aiguë et dès la première période, alors qu'on peut supposer que le seul travail morbide qui s'accomplit dans le foie, est de la congestion inflammatoire. Ils sont d'accord pour reconnaître que cette médication est, au plus haut point, dangereuse et qu'elle doit être proscrite quand il y a suppuration. Pour plusieurs même, la salivation était le criterium de la nature et du degré de l'inflammation

(1) « After the general blood-letting, a full dose of ten grains of calomel with five of Jame's powder is to be exhibited *at bed time*, followed *in the early morning* by a strong saline purge, or a full dose of compound jalap powder (Ranald-Martin. Op. cit., pag. 478.)

(2) « As regards the constitutional influence of mercury, the utmost thatj found necessary, even in the worst cases, was the producing a *gentle* action on the gums, salivation being unnecessary, and in the instances of persons of a feeble or strumous habit, naturally injourious. » (Ibid., p. 479.)

hépatique ; ils concluaient à l'abcès, quand manquait le ptyalisme qu'ils avaient tenté de provoquer (1).

La médication mercurielle a eu, dans l'hépatite suppurative, à peu près la même fortune que les émissions sanguines. Elle a trouvé les mêmes partisans et les mêmes adversaires, rencontré la même vogue et subi les mêmes revers. Le discrédit actuel de ces deux méthodes thérapeutiques est sensiblement égal.

Il est certain que, comme l'écrivait Lind, les premières applications des mercuriaux au traitement de l'hépatite ont été purement empiriques. Après la constatation des résultats favorables attribués à leur usage, les explications sont venues : expulsion d'humeurs viciées, élimination de bile âcre, action antiplastique ou antiphlogistique et, dernier argument, *spécificité*. Mais les critiques ont eu leur tour. Abercrombie s'est étonné, trouvant bien invraisemblable une dichotomie aussi commode, que le mercure fût, pour le foie, un excitant quand ses fonctions languissent, un modérateur s'il est enflammé, et Mac Lean (2) a reproché à ce remède tant prôné, non seulement de ne pas empêcher la suppuration hépatique quand on en fait un moyen de médication altérante, mais encore de l'accélérer, d'y exposer davantage et de diminuer par ailleurs les chances de guérison en contribuant à ruiner la constitution du malade.

Le procès des mercuriaux, comme agents thérapeutiques de l'hépatite suppurative après absorption et diffusion, paraît aujourd'hui perdu devant l'opinion médicale. On ne nie pas l'action déglobulisante de ces composés : on la redoute; mais on conteste leur influence sur la plasticité de la fibrine du sang (3) et l'on se prend à douter, en présence d'observations comme celle qu'a publiée A. Robin (4), d'un pouvoir antiseptique *général* ou *à*

(1) « Lorsque les circonstances suivantes se présentent, la formation de pus dans le foie est à craindre : 1° quand des frissons surviennent, alors que se fait une rémission de la douleur de côté; 2° quand les frissons avec sueurs froides sont plus particulièrement nocturnes; 3° quand le mercure *manque à frapper les gencives* d'inflammation ulcéreuse avec facile et copieux ptyalisme; 4° quand le mercure affecte les gencives *sans amener de ptyalisme*, etc. (Andrew Nicoll. *An Essay on the nature and treatment of hepatitis*. Madras Quart. Journal. Vol. III, 1841).

(2) *On the abcess. of mercury*, loc. cit.

(3) V. Hallopeau, op. cit, p. 90.

(4) *Considérations sur l'antisepsie interne*. Gaz. méd. de Paris, 27 février et 5 mars 1892. Jeune femme bourrée de mercure, pour syphilis, et mourant de broncho-pneumonie infectieuse. A l'autopsie, lésions microbiennes d'infection purulente généralisée.

distance qu'on aurait été tenté de leur attribuer tout d'abord.

Leur rôle utile, dans cette affection dégagée de toute complication dysentérique, semble, en dernière analyse, devoir se réduire à fournir : un topique calmant et peut-être résolutif, l'onguent mercuriel, belladoné ou non, en simples onctions sur l'hypochondre, applications qu'on supprimerait s'il y avait salivation ; et, sous forme de calomel, un purgatif cholagogue (1), peu irritant pour l'intestin, organe vers lequel il peut exercer une dérivation salutaire (2).

Dans l'hépatite suppurative accompagnée de dysenterie, le calomel, administré seul, ou associé à l'ipéca, reste, conformément à la remarque d'Haspel, un moyen thérapeutique aussi actif qu'efficace, contre l'affection intestinale.

(b) *Tartre stibié*. — Une analogie contestable, admise par Bérenguier (3), entre la pneumonie et l'hépatite, avait conduit ce médecin à essayer l'émétique, suivant la formule Rasorienne, contre l'inflammation du foie, au Sénégal. Cette tentative lui donna, paraît-il, des résultats favorables que Lepetit et Thèse confirmèrent, quelques années plus tard, après application de sa méthode à des cas d'hépatite *dégagée de toute complication dysentérique*.

Cette dernière condition est, en effet, la seule où soit permise semblable médication. Mais on n'est pas toujours certain de se trouver en présence d'une hépatite primitive et l'intestin peut être affecté d'inflammation ulcérative, sans qu'il y ait dysenterie mucoso-sanguinolente au moment où le malade se présente, porteur d'une

(1) Nous n'écrirons pas ici l'histoire des controverses soulevées par la question de l'action cholagogue du calomel. On trouvera dans le livre de Murchinson et la thèse du Dr Hallopeau, un résumé des opinions émises sur ce sujet. La tendance générale actuelle serait d'admettre, avec Murchinson, que le chlorure mercureux n'augmente pas la sécrétion de la bile, mais en active l'excrétion. On pourrait craindre qu'à ce seul titre, il n'exerçât, sur le foie *enflammé*, une stimulation un peu vive. Dutroulau, probablement, n'était pas sans quelque appréhension à cet égard, car il écrit que « le calomel, malgré son action élective sur le foie, ne convient pas dès les premiers moments », et qu' « il faut attendre que l'orgasme soit un peu apaisé. »

(2) « En somme, l'action des mercuriaux se borne surtout à régulariser les sécrétions gastro-intestinales et à rétablir le cours de la bile ; c'est donc spécialement à titre de purgatifs qu'on doit les employer de préférence, et exceptionnellement comme médicaments altérants (Rendu). — « Poussé jusqu'à salivation, le mercure aurait plutôt pour effet de favoriser la suppuration que de l'empêcher et il augmentera certainement la disposition à la cachexie miasmatique et à l'anémie ; on ne doit pas l'employer *sauf comme purgatif* (Murchinson).

(3) Cité par Dutroulau.

affection du foie. Dès lors, partageant l'avis de Kelsch et Kiener, « nous n'oserions fonder beaucoup d'espérance sur une médication qui, dans la plupart des cas, sera contre-indiquée par l'affaiblissement de l'organisme et la grande susceptibilité de l'intestin ».

(c) *Ipéca.* — A doses contro-stimulantes, surtout s'il est associé à l'opium qui émousse son action vomitive et facilite la tolérance de l'organisme, il a tous les avantages du tartre stibié, sans un seul de ses inconvénients, en ce sens qu'il influence comme lui le système névro-musculaire, l'appareil circulatoire et la température, sans amener les mêmes effets de débilitation générale, et en faisant subir, à l'intestin, une irritation beaucoup moindre.

De là vient que nombre de praticiens le préfèrent au tartre stibié, même dans le traitement de la pneumonie, et que Mac-Lean a pu en faire, à juste titre, son principal agent thérapeutique, dans l'hépatite suppurative, où cet admirable médicament possède la précieuse propriété de convenir à toutes les formes de l'inflammation aiguë, hépatite idiopathique ou hépatite liée à la dysenterie.

Dans les deux cas, le meilleur mode d'administration sera l'infusion de poudre aux doses de 1 à 3 gr. par cuillerées dans les vingt-quatre heures, ou la macération de racines suivant la formule brésilienne, additionnées de sirop d'opium.

Dans le second, plutôt que dans le premier, il y aura parfois avantage à prescrire simultanément, en pilules par exemple, le calomel et l'ipéca.

(d) *Bicarbonate de soude.* — Ce type des *alcalins* passe pour fluidifier la bile et faciliter son excrétion. Il exerce, en outre, à hautes doses, sur l'organisme sain ou malade, une action modératrice ou sédative qui était, pour Rabuteau, l'explication de ses services dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et de la pneumonie. Ces propriétés combinées rendent absolument rationnelle la thérapeutique de Collas (1) prescrivant dans l'hépatite

(1) Cité par Corre, p. 821.

L'acétate de potasse, aux doses quotidiennes de 6 à 8 gr. (Desbois de Rochefort) est un moyen thérapeutique analogue. Le Dr Olmeta, dont la thèse nous a fourni ce détail, ajoute qu'on a beaucoup vanté, à une époque, les pilules de Plummer :

Soufre doré d'antimoine.	12 gr.
Calomel	(12 gr.)
Résine de gaïac	8 gr.
Sp. de gomme.	q. s.

faire des pilules de 0 gr. 30. — 2 à 4 par jour.

Il est assez étonnant qu'aucun auteur n'ait cherché à tirer parti des propriétés antiphlogistiques de *la digitale* qui s'associe très bien à *l'ipéca.*

aiguë, le bicarbonate de soude aux doses de 8 à 15 gr., dans une potion édulcorée avec 20 ou 30 gr. de sirop diacode, après une application de sangsues, et simultanément avec l'emploi de fomentations d'essence de térébenthine sur l'hypochondre droit.

(e) *Chlorure d'ammonium.* — Le Dr Stewart l'a préconisé, aux doses de 1 gr. 50 à 3 gr. administrés en trois fois dans les vingt-quatre heures, contre la congestion aiguë du foie et l'hépatite aiguë qui n'a pas franchi la période congestive. Il s'en est même servi contre l'hépatite *suppurée*, puisqu'il a rapporte l'observation d'un abcès profond du foie qui, sous l'influence du médicament, aurait guéri en un mois. Nous nous abstiendrons de juger cette méthode thérapeutique dont le Dr Harley paraît être grand partisan, car les renseignements nous font défaut et les quelques données que nous possédons nous paraissent contradictoires (1).

(f) *Iodures alcalins.* — Ils ne peuvent être affectés qu'au traitement des hépatites sub-aiguë et, surtout, chronique, sans réaction marquée vers la température et le pouls. Ce sont des moyens médicamenteux dont il faut user avec réserve.

2° *Médication purgative.* — On en a fait un étrange abus dans le traitement de l'hépatite. L'action évacuante du calomel ne suffisait pas aux médecins de l'école d'Annesley. A l'exemple du maître, ils prescrivaient un purgatif énergique, souvent même un drastique, le jalap, à prendre le lendemain du jour où ils avaient ordonné le calomel, et revenaient plusieurs fois à cette médication. D'autres, comme Haspel, qui cherchait ainsi à éviter une salivation abondante, faisaient précéder d'un purgatif doux l'administration de ce composé, ou le donnaient mélangé au séné ou au jalap.

Sans doute, les purgatifs, considérés en général, sont très utiles au début de l'inflammation hépatique pour combattre la réplétion sanguine et biliaire du foie, vaincre la constipation et modifier les flux intestinaux. Mais, en cette matière, il faut prendre garde d'aller trop loin, d'exciter trop vivement le foie et d'irriter l'intestin, qui, très souvent, a souffert avant l'invasion de l'hépatite et se trouve toujours, plus ou moins, en imminence morbide dans les régions intertropicales.

(1) Harley. — (*Traité des maladies du foie*, traduct. Rodet, Paris, 1890, p. 43), dit que le Dr Stewart considère le chlorure d'ammonium comme contre-indiqué, lorsque la peau est chaude et sèche. — Nous lisons, d'autre part, dans la *Gazette des hôpitaux* du 17 décembre 1891, et d'après *the Lancet*, que « les sueurs abondantes qui surviennent fréquemment (par l'usage du chlorure), ne sont nullement une cause d'affaiblissement et ne doivent pas faire suspendre son emploi ».

Comment ne pas craindre, dans ces conditions, l'action d'un purgatif aussi violent que le jalap?

Même sur ce point secondaire, il est permis d'imputer, à la méthode d'Annesley, plus d'un méfait thérapeutique; car déjà en 1841, et dans l'Inde, on protestait contre ses excès (1).

Les seuls purgatifs qui conviennent au traitement de l'hépatite aiguë, et dont l'usage puisse être réitéré sans danger, sont les purgatifs doux et les simples laxatifs. La conduite la plus sage à tenir est celle de Dutroulau qui, après le calomel, ne prescrivait, comme évacuant, que le petit lait manné.

3° *Médication vomitive.* — Elle est rarement indiquée dans l'hépatite suppurative, sauf parfois, au début, quand existent des signes très prononcés d'embarras gastrique bilieux. Par la suite, c'est-à-dire la maladie confirmée, « ils sont dangereux, dit Rendu, car on ne sait jamais exactement où en est le degré de la lésion et s'il n'y a pas déjà un foyer de suppuration constitué. Or les vomitifs ont provoqué parfois l'ouverture d'abcès préexistants et la mort subite. »

Haspel est un des rares auteurs qui aient fait un usage systématique de la médication vomitive, à cette période de la maladie, pour décongestionner le foie, par le double mécanisme d'une

(1) Les éditeurs du *Madras quaterly med. Journal* écrivaient à cette époque (vol. III) : « Le fréquent emploi de forts purgatifs, sans égard aux forces des patients, à leurs habitudes ou à leur constitution, est une pratique très en crédit parmi les médecins indiens. Si ces praticiens voulaient plus souvent penser par eux-mêmes, et faire, pour chaque cas, une prescription en rapport avec ses traits particuliers, au lieu de suivre à l'aveugle un système routinier, parce qu'il a été préconisé par d'autres médecins qui ont joui d'une grande réputation professionnelle, eux-mêmes et leurs clients s'en trouveraient beaucoup mieux.

Nous ne faisons pas seulement allusion à l'hépatite. Dans toutes les maladies de ce pays, dans les plus banales et même dans les affections de l'enfance, on prescrit les plus violents purgatifs, surtout les mercuriaux. »

Ces critiques du journal amènent une lettre du Dr Smith, publiée dans le volume IV (1842), p. 97, et terminée ainsi : « C'est une chose pour un éditeur, d'être assis dans son fauteuil et d'enfourcher son dada, en demandant à être délivré des abus de la médecine purgative ; et autre chose de prescrire, au chevet du malade, pour satisfaire aux indications d'une mladie compliquée. »

Réplique des éditeurs : « Il est bon, il est même nécessaire de porter attention à l'intestin, au cas d'abcès hépatique ; mais, nous le répétons, les purgatifs doux sont les seuls que l'on devrait employer..... Ces vues et opinions, nous pouvons l'assurer au Dr Smith, ne se sont point formées dans notre *fauteuil éditorial*, mais au chevet des patients, et il est de notre devoir, comme journalistes, de prévenir les jeunes médecins inexpérimentés, des pernicieux effets de cette méthode de traitement dans l'abcès du foie. »

dérivation stomacale et de la pression exercée sur l'organe hépatique par les contractions musculaires qui accompagnent le vomissement. Cette pratique n'a jamais eu de bien nombreux partisans. Elle est totalement délaissée, et l'on tient si peu à mettre en train la violente déplétion qu'elle comporte, qu'on l'évite le plus possible en associant l'opium à l'ipéca quant on recherche l'action contro-stimulante de ce dernier médicament.

4° *Médication révulsive.* — Les *ventouses scarifiées*, à l'hypochondre et à l'épigastre, sont, nous l'avons vu, très utiles, dès les premières manifestations de l'hépatite aiguë.

Dans cette variété clinique, quand les symptômes locaux et généraux les plus urgents sont apaisés, et quand, après la chute de la fièvre, persiste un certain degré de tuméfaction et de sensibilité hépatiques, dans l'hépatite sub-aiguë et l'hépatite chronique, les *vésicatoires* sont indiqués. Il vaut mieux, croyons-nous, les faire sécher rapidement et en réitérer l'application que les pousser à suppurer, comme on le faisait jadis, à plus forte raison que recouvrir, d'onguent mercuriel, les surfaces dénudées.

Les cautérisations *ponctuées* au *thermo-cautère*, que nous employons fréquemment, et les *caustiques potentiels* rendent des services analogues.

Un Français qui a pratiqué la médecine à Bombay et pris une part importante à la campagne d'Abyssinie, le Dr H. Blanc, prétend même que la pâte de Vienne, *dont il se sert comme d'un moyen révulsif, et non comme d'un agent destiné à ouvrir, au pus hépatique, une voie vers le dehors*, peut faire résorber et disparaître complètement des abcès constitués (1).

(1) *Abscess of the liver. — A new treatment employed successfully in four cases* (the Lancet, 1860, t. II). — L'abcès du foie est un phlegmon. Or, les phlegmons sous-cutanés guérissent très bien, sans incision, par le seul moyen de pâte de Vienne, comme topique révulsif, traitement que l'auteur a vu employer et employé lui-même, en qualité de *first surgeon at home* (sans doute *chef interne*), à l'hôpital de Toulon, de 1852 à 1854. La même thérapeutique convient aux abcès du foie. Le Dr H. Blanc rapporte, à l'appui de son assertion, quatre observations qu'il nous est malheureusement impossible de revoir, au moment où nous écrivons ces lignes, pour vérifier si elles concernent bien réellement des cas d'hépatite *suppurée.* Mais Corre cite des faits qui sont, à ce point de vue, absolument démonstratifs : « Nous avons vu, dit-il, un abcès du foie faisant une saillie nettement délimitée au-dessous du rebord costal, mais n'offrant aucune fluctuation bien appréciable, disparaître à la suite d'une application de potasse caustique prescrite dans l'intention de préparer au pus une issue vers l'extérieur ; une autre fois, à la suite de ponctions infructueuses, une amélioration sensible, explicable seulement par une action révulsive, se produire dans les phénomènes locaux et

5° *Médication désinfectante.* — Il y a toujours à redouter, dans l'inflammation du foie, la migration intra-hépatique des microbes qui pullulent dans l'intestin, ainsi que la résorption des toxines qu'ils sécrètent. On doit se préoccuper de la possibilité du fait, même quand le foie suppure ; à plus forte raison quand l'hépatite est primitive et qu'elle en est encore à sa première période, conditions dans lesquelles on peut espérer que la suppuration manquera.

La médication désinfectante remédie à cette situation. Les agents dont elle dispose sont de deux ordres : les *purgatifs* qui, chassant du tube intestinal les liquides chargés de microbes et de produits microbiens,font de la désinfection mécanique à la façon du grattage, du lavage ou d'un coup de balai ; et les *parasiticides* précédemment énumérés. Cette médication est opportune dans toutes les variétés de l'hépatite où, d'ailleurs, son emploi n'empêche point qu'on utilise d'autres moyens thérapeutiques.

6° *Médication antipyrétique.* — La sédation de la fièvre est, dans l'hépatite aiguë, un des effets prévus et cherchés de la médication antiphlogistique. Quant aux *antipyrétiques* directs, ils y sont, en toute condition, d'un médiocre secours. On peut même écrire, sans paradoxe, que le plus clair avantage du meilleur de tous, le sulfate de quinine,est de démontrer, précisément par son inefficacité contre les paroxysmes vespéraux, la nature non paludéenne du processus qui les tient sous sa dépendance.

7° *Médication opiacée.* — Son rôle est très secondaire. L'opium et les préparations dont il est la base ne doivent être employés, dans l'hépatite de tout genre, que comme *correctifs* d'autres substances médicamenteuses (ipéca ou calomel) qui sont ainsi mieux tolérées, ou comme *anodins*, pour la nuit, auquel cas la poudre de Dover nous paraît être la forme pharmaceutique à préférer.

Il y aurait, croyons-nous, danger à les prescrire à haute dose et à leur accorder, dans le traitement, une part prépondérante.

8° *Médication tonique ou eupeptique.*—Les amers francs (quassia, gentiane), les névrosthéniques (noix vomique, quinquina), et les

généraux ; enfin, chez un malade depuis longtemps souffrant, une tumeur du lobe droit rétrograder et la santé renaître contre toute espérance, par l'emploi de la pommade iodée de Valleix et l'administration de l'iodure de potassium. » Ces observations sont très remarquables, mais aussi, trop exceptionnelles pour qu'elles autorisent à temporiser et à différer une intervention complètement chirurgicale, quand se révèle nettement la présence du pus dans le foie.

eupeptiques (acide chlorhydrique, peptine, pancréatine, etc.) ne sont rationnellement applicables qu'aux périodes de déclin de l'inflammation du foie, pendant la convalescence de la période aiguë, après une opération salutaire, en un mot, quand la fièvre est tombée et que la guérison paraît prochaine.

Hydrothérapie. — Celse est, parmi les auteurs anciens que nous avons analysés, le seul qui conseille, contre l'hépatite, l'usage externe de l'eau, qui devra, dit-il, être appliquée chaude en hiver et froide en été (1).

Nous ignorons absolument ce qu'il est advenu de cette médication, dans la série des temps consécutifs. Les écrits médicaux n'en parlent guère ou la passent sous silence jusqu'aux vingt premières années du XIXe siècle, moment à partir duquel nous voyons les praticiens de l'Inde Anglaise, de l'Algérie et des colonies françaises recommander les grands bains tièdes comme un excellent moyen de sédation, dans l'hépatite de forme aiguë.

Annesley prescrivait encore, dans l'hépatite sub-aiguë, quand la peau était chaude et sèche, des bains acidulés, répétés tous les deux ou trois jours.

Dans un cas d'hépatite chronique, caractérisé par une augmentation du volume du foie, de la scapulalgie et de la dyspnée, mais *sans fièvre*, un médecin des Antilles, St-Pair, aurait obtenu, par l'eau froide, une fort belle guérison. D'après le Dr Olméta, qui a rapporté, dans sa thèse, l'observation de ce malade (2), le traitement hydrothérapique était ainsi combiné : à 7 heures du matin, bain froid d'un quart d'heure, pendant la durée duquel frictions sur le tronc et les membres. Au sortir du bain, enveloppement dans une couverture de laine et la transpiration commençant à s'établir, ingestion de six verres d'eau fraîche. Après une sudation d'une heure, immersion de cinq minutes dans un bain froid. Après quoi le malade s'habillait et marchait jusqu'à réaction. Le soir, à 2 heures, répétition du même bain, de la sudation, et nouvelle ingestion d'une égale quantité d'eau. Après 25 jours de ce traitement, la guérison était complète. Toutes les fonctions étaient ramenées à leur état normal ; la douleur de l'hypochondre et de l'épaule avaient disparu, la respiration était libre et l'embonpoint était revenu. Le patient avait bu cent vingt-deux verres d'eau, pris cent bains et subi cinquante enveloppements dans une couverture de laine.

(1) Perfusio corporis multa prodest ex aqua, si hiems est calida, si aestas tepida.
(2) Obs. VII (loc. cit.)

Une médication aussi hardie ne doit être maniée qu'avec une extrême circonspection. A vrai dire, nous la croyons terriblement dangereuse, et nous n'oserions la mettre en œuvre, même dans la plus torpide des hépatites chroniques, à moins, évidemment, qu'il ne s'agît d'une congestion chronique d'origine paludéenne, car on ignore toujours jusqu'à quel point est ou n'est pas éteinte la tendance suppurative de l'inflammation hépatique. En tout cas, certains procédés hydrothérapiques, comme la douche en jet sur l'hypochondre, seraient à proscrire formellement.

Eaux minérales. — On abuse des eaux de Vichy, après le rapatriement. Nous connaissons, pour notre part, au moins trois cas d'abcès devenus rapidement manifestes, chez des médecins de la marine envoyés à cette station après avoir souffert du foie aux colonies (1). Ces eaux sont, à notre avis, contre-indiquées dans toute hépatite qui peut ou a pu être qualifiée suppurative.

Synthèse du traitement médical

1° *Hépatite aiguë.* — Ventouses scarifiées sur la région du foie. — Calomel en une dose purgative ; petit lait manné les jours suivants ou ipéca, soit à la Brésilienne, soit en potion de poudre infusée, additionné de sirop d'opium. Après détente symptomatique, vésicatoires volants ou thermo-cautérisation ponctuée. — Médication tonique et eupeptique pour parfaire la guérison.

2° *Hépatite sub-aiguë.* — Révulsion réitérée — petites doses d'ipéca ou de calomel, de temps en temps. — Laxatifs.

3° *Hépatite chronique.* — Révulsion énergique ; cautères s'il le faut. — Liberté des fonctions intestinales. — Iodure de potassium. — Toniques et eupeptiques.

Antisepsie gastro-intestinale, dans ces trois formes d'hépatite.

4° *Hépatite accompagnée de dysenterie.* — Ventouses scarifiées et, ultérieurement, vésicatoires sur la région du foie. — En même temps, calomel, ipéca, seuls ou associés (pilules de Segond de préférence si le cas est sub-aigu), petit lait manné, sulfate de soude. — Médication topique modificatrice et antiseptique par lavements argentiques, mercuriques (bichlorure en solution très-étendue) et boriqués. — Accessoirement, antisepsie par voie buccale (eau sulfo-carbonée, naphtol B et salicylate de bismuth).

(1) V. obs. CVIII.

Conclusion aphoristique :

On doit aborder avec confiance le traitement médical de l'hépatite suppurative et le poursuivre avec rigueur.

Mais son pouvoir est limité et trop souvent un moment arrive, parfois très-vite, où s'obstiner à le mettre en œuvre est perdre un temps précieux et risquer la vie du malade.

Dès que la présence du pus dans le foie est probable, les moyens médicaux sont à reléguer au second plan : la formelle indication d'une intervention chirurgicale se présente.

Traitement chirurgical

§ 1

HISTORIQUE DES MÉTHODES CHIRURGICALES

Les divisions classiques de l'Histoire ne s'appliquent pas, utilement du moins, à l'historique du traitement chirurgical des suppurations hépatiques. Depuis l'antiquité jusqu'à la fin du siècle dernier, la question fit si peu de progrès, elle tourna d'une façon si routinière dans le même cercle, qu'il est inutile d'analyser en des articles distincts les Grecs et les Arabes, les anciens et les modernes. Une revue rapide de ce que les plus célèbres auteurs ont pu conseiller à ce sujet depuis l'antiquité jusqu'au XIXe siècle nous suffira amplement. En revanche, le XIXe siècle, si riche en études approfondies, si fécond en découvertes et en perfectionnements chirurgicaux, exigera un notable développement et même des subdivisions nombreuses, par périodes, par écoles, par pays, et cet exposé détaillé nous conduira naturellement à l'étude comparative des méthodes, sur lesquelles les auteurs contemporains sont encore actuellement divisés.

DE L'ANTIQUITÉ JUSQU'AU XIXe SIÈCLE

La médecine antique connut les abcès du foie, fréquents en Grèce, en Egypte et dans tout le Levant, les traita chirurgicalement : « Quand on ouvre un abcès du foie, dit Hippocrate, par cautérisa- » tion ou par incision...... »

Ce passage très-net, et plus amplement cité à propos de l'anatomie pathologique, établit d'une façon péremptoire la notion précise que Hippocrate avait des suppurations hépatiques et des deux méthodes principales d'évacuation du pus. Il ne s'étend pas, il est vrai, sur ces manœuvres opératoires, mais la phrase citée indique qu'il les regarde comme de pratique courante.

On a encore fréquemment rapporté un autre passage d'Hippocrate aux traitements des abcès du foie. Dans le chapitre XXVIII, livre VII, *Des affections internes,* à propos d'une variété d'hépatite qui survient pendant l'été, *chez ceux qui se nourrissent de viande de bœuf et font des excès de vin*, il parle d'une maladie dans laquelle il y a *des vomissements bilieux; le foie se gonfle et durcit;* les pieds sont enflés, etc... : « il faut cautériser quand le foie est devenu très gros, et fait saillie; on cautérisera à l'aide de fuseaux de bois trempés dans l'eau bouillante et appliqués tant que vous le jugerez convenable, et jusqu'à cautérisation complète, ou bien l'on fera huit escarres, avec les champignons. Si vous réussissez dans la cautérisation, vous guérirez le patient; mais si la cautérisation échoue, n'étant pas d'ailleurs guéri par les autres moyens, il meurt de consomption. » Ce passage où il est plutôt question de révulsion que de cautérisation pénétrante et évacuatrice, vise peut-être des hépatites non suppuratives, et nous sommes encouragés dans cette opinion contraire à celle de Van Swieten, Allan Webb et autres commentateurs, par ce détail qu'il n'est fait ici aucune mention de l'incision, dont il est pourtant parlé d'une façon très décisive dans la première citation.

Il n'est pas bien sûr que ces données chirurgicales aient été aussi connues de Galien. Allan Webb (1) dit, il est vrai, que Galien condamne l'ouverture hâtive des abcès du foie : « *Non expedit incidere protinus...* » Mais ce passage, qui se trouvait dans Galien *(Methodus medendi liv. XIII, edit. argentorati, 1504)*, ne se retrouve pas dans d'autres éditions et notamment dans la traduction Daremberg.

Celse (2) déclare qu'il faut traiter les abcès du foie comme les autres suppurations intérieures, et que quelques-uns donnent même issue au pus à l'aide du bistouri « *scalpello aperiunt....*»

Arétée (3),dans un passage fort remarquable,indique que l'inci-

(1) Allan Webb. — Pathologia indica.... Calcutta, 1848, p. 115.

(2) Celse. — De médicinâ, cap. VIII, de hépatitide. Édit. de l'encyclopédie, Paris, 1837, p. 158.

(3) Arétée. — In Waller artis medicæ, etc. Lausanne, 1772, v. V, p. 78.

sion du foie pouvant mener une hémorrhagie dont on ne saurait se rendre maître, il faut plonger un fer rougi jusqu'au foyer de l'abcès : « Idem *enim tibi et secat et comburit* ». C'est bien là une incision cautérisante comme l'exécutait, en Egypte, le baron Larrey, comme la pratiquent, dit-on, les naturels de l'Inde, et nous ne faisons rien de mieux nous-mêmes avec le thermo-cautère.

Toujours dans les premiers siècles de l'ère chrétienne, Archigène (1) d'après un fragment intercalé dans Actius (III. sermo II, caput IV) montre une parfaite connaissance de l'incision de l'abcès : « *lorsque la tumeur pointe vers l'extérieur, il est nécessaire de l'ouvrir et d'évacuer le pus par une incision oblique au niveau du flanc* ». Mais cette notion, qui semblait définitivement acquise, se perd dans la nuit des siècles suivants, et les auteurs qui ont traité de la suppuration hépatique, Actius, Alexandre de Tralles, Avicennes, Paul d'Egine lui-même, quoique très chirurgiens, ne disent pas un mot de l'ouverture chirurgicale. On ne peut en effet considérer comme un conseil chirurgical cette proposition singulière d'Avicennes (978), qui recommande l'exercice du cheval dans le but de rompre l'abcès. Cette pratique barbare fut, paraît-il, admise en Europe jusqu'au XVIme siècle, et Morgagni (2) y fait allusion, pour la condamner, bien entendu.

C'est aux arabes, par l'intermédiaire de leurs traductions latines, que l'Europe dut de posséder à cette époque véritablement ténébreuse quelques saines notions de chirurgie. Hali Abbas et son contemporain Albucasis (3) conseillent l'ouverture au cautère comme l'avait fait Arétée. Ce dernier donne des préceptes minutieux pour l'ouverture de ces abcès, et figure même (p. 61) une sorte de couteau (*cauterium specillo simile*), qu'il faut faire rougir et faire pénétrer couche par couche jusque dans la matière purulente.

Plusieurs auteurs des 16me et 17me siècles, tels que Fernel (4), Sennert (5) ont encore indiqué ces opérations, mais sans les avoir pratiquées eux-mêmes. L'exécution en était alors abandonnée aux

(1) Archigène. — De hepatis abcessu, in H. Stephan medicæ artis, t. II.

(2) Morgagni. — De sedibus et causis morborum, 1766. Lettre XXXVI.

(3) Albucasis. — De tumore jecoris cauterio perforando. Trad. Channing Oxonii, 1778. Sect. XXVIII, vol. 1.

(4) Fernel (1558). — Universa medica, Genève, 1680. Liv. VI, chap. IV. De morbis jecoris.

(5) Sennert, professeur à Vittemberg, 1572-1637. — Opera omnia. Lugdunum, 1656. Liv. III, chap. IV.

barbiers et l'on doit à Pruys van der Hœven de Leyde (1) d'avoir extrait du Sepulchretum un très curieux récit de la pratique des barbiers chirurgiens vers 1570. On y rencontre une vingtaine d'histoires d'abcès du foie dont la plupart, il est vrai, laissent fort à désirer. La plus intéressante est celle de l'*homme de Nuremberg*, qui avait imploré pendant plus d'un an le secours de nombreux médecins, et comme ceux-ci ne voulaient pas l'opérer malgré la saillie de sa tumeur et son état lamentable de décrépitude, il se mit entre les mains d'un barbier qui lui appliqua par trois fois le caustique (*lapidem causticum*), alla jusqu'au pus et le débarrassa de sa tumeur. Malheureusement le pus se répandit dans le péritoine et la mort vint le même jour.

Ambroise Paré lui-même, traitant *des apostèmes au foye consécutifs aux playes de tête,* ne dit rien du traitement chirurgical. Tandis que Fabrice d'Aquapendente expose avec peu de confiance la manière des anciens de *cautériser en l'abscès du foye* (2). « Davantage, Albucasis et Paul mettent semblablement en avant la cautérisation du foye lorsqu'il y a abscès ou aposthème. Et voici comment : on applique le fer chaud ayant une petite pointe (laquelle, selon Albucasis, soit semblable à un poinçon) un peu au dessus de l'aine où le foye se termine (car le foye distendu d'un abcès s'advance en bas), en sorte que toute la peau du muscle qui est au-dessous, et le péritoine et mesmes la tunique qui est dessus l'abscès soient cautérisées... De cette cure je ne vous dis autre chose, sinon qu'Albucasis advertit qu'il faut que le chirurgien qui entreprend cette opération soit fort expert en son métier, et qu'il ayt autrefois pratiqué semblables opérations; mais nonobstant tout cela, il conclue enfin, et dit que son sentiment serait qu'il vaudrait mieux la laisser là. Et certes cautériser la peau avec un fer chaud et pointu, les muscles qui sont au-dessous de la dite peau, et le péritoine, voire mesme pénétrer jusqu'à l'abscès du foye et le cautériser aussi, tout cela n'est autre chose, ce me semble, que tuer un homme déjà presque mort. Or j'ay autrefois ouy dire à M. Nicolas de Monocome, excellent médecin, personnage fort religieux et tenant le premier rang entre les médecins de Venize, mon très-cher précepteur, en parlant des maux désespérés, qu'il vaut encore mieux laisser mourir les patients que non pas les tuer. »

(1) C. Pruys van der Hœven. — De arte medica. Leyden, 1838-40. Liv. I, p. 196.

(2) Fabrice d'Aquapendente. — Œuvres chirurgicales. Lyon, 1670. Partie seconde, p. 665.

Fabrice de Hilden (1) n'est guère plus encourageant. Il cite trois exemples d'ouverture chirurgicale ou traumatique suivis de mort prompte : « *Abcessu ingenti a regione hepatis adaperto, subitò mors secuta est* » Ex. 1er. Homme qu'il refuse d'opérer. Un barbier incise l'abcès, et le sujet meurt dans les deux jours. — Ex. 2e. Une femme atteinte d'un abcès qui se rompt pendant la défécation ; mort. — Ex. 3e. Abcès du foie diagnostiqué. Fabrice refuse d'opérer (*propter imminens periculum*). Rupture spontanée de l'abcès ; mort.

Il rappelle ailleurs (2) la pratique de la cautérisation, mais l'on comprend en somme qu'il est partisan de l'abstention pure et simple.

Au XVIIIme siècle, une véritable renaissance chirurgicale s'accomplit. Un grand nombre de travaux paraissent sur les abcès du foie, et plusieurs montrent une connaissance très-précise de la pratique chirurgicale à suivre. Manget, de Genève (3), cite plusieurs observations de traumatisme du foie avec suppuration.

Dans un cas ou il ouvrit la collection purulente à l'aide des caustiques. Bianchi publia aussi à Genève (4), un traité dont plusieurs chapitres sont intitulés « *de hepatis phlegmone — abscessu- ulcere....* » Il y préconise l'emploi du fer rouge, des caustiques, et même du bistouri.

C'est encore aux caustiques et à la section de l'escarrhe que Bontius (5) conseille d'avoir recours dans les cas de suppuration hépatique survenue aux Indes.

Un sujet aussi important que les abcès des viscères abdominaux ne pouvait échapper au vaste savoir du professeur de Leyde, et son élève Van Swieten, dans les commentaires célèbres qu'il a laissés sur l'œuvre du maître (6), expose et développe ses enseignements : « Atsi ultima obtinet mali species..... tum deprehensus tumor lino, ferro ignito, causticis, lanceolà, aperitur ». Et il reproduit la phrase d'Arétée « Si prœtermitatur incisio, a pure jecur eroditur,

(1) Fabricii Hildani. — Opera quæ extant omnia. Francoforti, 1646. — Cent. II, obs. XXXIX.

(2) Fabricii Hildani. — De efficaci medicinâ. Pyrotechniæ chirurgicæ. Lib. II, pars I, p. 244. — De vomica jecoris.

(3) Mangeti Jacobi. — Bibliotheca chirurgica, Genève, 1721, tome II, livre 7.

(4) J.-B. Bianchi. — Historia hepatica. Genève, 1725, 3e partie.

(5) Jacobi Bontii. — Methodus medendi quâ in Indiis Orientalibus opportet uti. Lugduni Batavorum, 1745.

(6) Van Swieten. — Commentaria in H. Boerhaave aphorismos. Parisiis, 1758, tome III, p. 115.

nullaque mortis dilatio est ». Pour lui du reste il préfère le cautère actuel qui éloigne tout danger d'hémorrhagie.

De la Motte (1), dans son traité complet de chirurgie, rapporte une observation d'abcès traumatique du foie, opéré au bistouri et suivi de mort.

Haller et Morgagni, qui ont écrit aussi sur les suppurations hépatiques, ne se sont pas occupés de la question chirurgicale si ce n'est dans des considérations historiques intéressantes auxquelles nous avons fait plusieurs emprunts.

C'est vers le second tiers du XVIIIme siècle qu'on voit se dégager de tant d'incertitudes une véritable doctrine chirurgicale, et c'est à la France qu'en revient presque tout l'honneur. A cette époque, en effet, la pratique courante des chirurgiens en France consistait dans l'ouverture franche de l'abcès dès qu'il proéminait, et nous trouvons cette méthode établie sur des données scientifiques dans le *Précis* de Lieutaud et dans les mémoires si remarquables de l'Académie de chirurgie.

Lieutaud (2), à propos de l'inflammation du foie, s'exprime ainsi : « Si l'abcès se manifeste à la vue et au toucher, il n'est pas douteux qu'on en doive faire l'ouverture par l'incision ou le caustique. On sait que l'on pratique tous les jours cette incision avec le plus grand succès, lorsque l'abcès a contracté adhérence avec les parties que l'on doit traverser. »

A l'Académie royale de chirurgie, le mémoire célèbre de Petit (le fils), (3) traite la question à l'aide de plusieurs observations nettes et probantes : « Il ne faut jamais, dit-il, trop différer l'ouverture de peur que les adhérences ne se détruisent, et que le pus ne tombe dans la cavité du ventre. »

En même temps Morand (4) apporte à la même Académie cinq observations d'abcès du foie qu'il a opérés et dont quatre ont été parfaitement guéris. Il remarque très judicieusement qu'il faut ouvrir largement. Il conseille même l'ouverture en croix pour assurer l'écoulement des liquides, et insiste sur la rapidité surprenante de la guérison dans plusieurs cas traités avec hardiesse.

L'Académie de chirurgie vit encore se produire le mémoire de David, qui s'inspire surtout des travaux de Petit et Morand, et

(1) De la Motte. — 3e édition revue par Sabatier, Paris 1777, t. 1, obs. LIX.

(2) Lieutand. — Précis de médecine pratique, Paris, 3e édition, 1769.

(3) Petit le fils. — Des apostèmes du foie, 1769. — Mémoires de l'Acad. de Chir., tome II, p. 59.

(4) Morand. — Sur les abcès du foie, Ibidem, p. 69.

conseille très nettement une incision directe au bistouri en un seul temps, avec agrandissement de la plaie à l'aide de ciseaux coudés.

Enfin Bertrandi (1778), d'Andouillet (1778) et Pouteau (1783) entretiennent encore l'Académie de ce sujet, sans rien y ajouter d'ailleurs au point de vue chirurgical.

Vers la même époque, les chirurgiens anglais suivaient une pratique analogue, ainsi qu'on en trouve le témoignage dans le Traité classique de Bell (1). Les indications opératoires y sont fermement posées, et d'excellents conseils sont donnés sur la longueur de l'incision, sur la nécessité de la maintenir béante, ou de l'agrandir si elle est insuffisante, afin de prévenir la rétention du pus.

On peut clore ici la série des travaux accomplis par ces chirurgiens si remarquables, qui, sans avoir jamais été aux pays chauds et n'ayant observé qu'un nombre très restreint d'hépatites suppurées, n'en avaient pas moins posé avec décision les règles de l'intervention chirurgicale. L'excellence de leur pratique à la fois simple et hardie a été malheureusement méconnue par ceux-là mêmes de leurs contemporains et de leurs successeurs qui avaient le plus souvent l'occasion d'observer et de combattre l'hépatite tropicale. Sans doute, à part quelques personnalités illustres, les médecins que l'Angleterre, les Pays-Bas ou la France envoyaient aux Indes, au siècle dernier, étaient rarement munis d'un bagage scientifique suffisant. Sans doute aussi ils perdaient courage en luttant, dans des pays malsains, contre des cas plus redoutables, plus fertiles en revers que ceux que l'on avait pu observer en Europe. De là la complication ou l'hésitation des tentatives, la multiplicité des méthodes et souvent l'abandon de tout traitement efficace.

Aussi dans les premiers essais d'une littérature de pathologie exotique soit française, soit anglaise, on ne rencontre guère sur la question qui nous occupe que des conseils d'abstention, de temporisation, ou des méthodes timides et infructueuses. On a là l'impression d'un recul chirurgical, qui s'établit peu à peu, d'abord par des exceptions à la règle, puis par l'abandon de la règle elle-même.

Ainsi Pringle (2), qui cependant observait en Europe en plein milieu de la dysenterie épidémique n'a, dit-il, jamais vu qu'un seul cas où l'abcès du foie guérit par opération, celle-ci ayant été

(1) Bell. — A treatise on the theory and practice of surgery, Edimburg, 1791.
(2) Pringle. — Observations sur les maladies des armées, 1752.

faite lorsque la matière se dirigeait vers l'extérieur. Il relate un certain nombre d'autopsies, et l'on sent bien que la multiplicité des abcès, ainsi que leur situation, l'encourage peu à conseiller l'incision. Les meilleurs remèdes sont pour lui de larges vésicatoires et des saignées abondantes.

Pouppé Desportes (1) s'exprime ainsi : « On ne doit pas trop se presser de faire l'opération dans l'abcès du foie. Quoique la tumeur paraisse considérable, il s'en trouve où il faut attendre quelquefois plus de deux mois la maturité » et plus loin il repousse les injections dans les abcès ouverts « dont il faut commettre en quelque sorte à la nature la guérison. »

En Angleterre Lind (2) ne donne dans son texte qu'une description médicale de l'hépatite suppurée. On pourrait même croire qu'il ignore que cette affection est justiciable de la chirurgie, s'il n'ajoutait en note (Tome I, p. 128) que le Dr Bogues, à l'hôpital de Négapatam, alors que l'escadre de l'amiral Pacock était dans l'Inde, ouvrait largement les abcès du foie au bistouri.

Ainsi finit le XVIIIme siècle qui, dans ses dernières années, n'a presque rien acquis de nouveau sur la question qui nous occupe. La méthode de l'incision large et directe, consacrée par les brillants travaux de l'Académie royale de chirurgie, reste la note dominante de cette période de l'histoire.

XIXme SIÈCLE

Pendant le XIXme siècle, l'historique du traitement chirurgical de l'hépatite suppurée est tellement chargé, qu'il serait impossible d'y apporter quelque clarté, si l'on n'y établissait dès l'abord des subdivisions. Mais au lieu d'en faire le morcellement suivant la méthode chronologique pure, nous trouvons plus utile d'exposer à part les progrès de cette question dans les divers centres d'étude, et dans les principaux pays d'observation. Ainsi la littérature anglaise de l'Inde est tellement riche en documents importants qu'elle suffirait à constituer un chapitre historique considérable ; de même pour la littérature algérienne, etc.... Ce qui rend cette division encore plus naturelle c'est que certaines de ces littératures médicales, l'indienne par exemple, ont fait leur évolution d'une façon toute personnelle sans se préoccuper du mouvement scientifique européen.

(1) Pouppé Desportes. — Histoire des maladies de St-Domingue. Paris, 1770, tome II, p. 149.
(2) Lind. — An essay on diseases incidental to Europeans in hot climates. London, 1771.

Presque jamais, en effet, dans les écrits de ces médecins, on ne trouve mention des travaux antérieurs ou contemporains, venus d'Europe. C'est là sans doute une lacune qu'on doit leur reprocher.

Mais la spécialité du sujet était telle, et le terrain d'étude si bien approprié, qu'il faut accepter comme naturelle cette évolution scientifique locale, qui n'a confondu ses résultats avec les nôtres que depuis peu d'années. Par un procédé inconscient analogue, nos médecins militaires se sont aussi confinés pendant un certain temps dans leurs études de pathologie algérienne, et pénétrés de l'importance de ce nouveau champ d'exploration, ils se sont crus les détenteurs uniques d'une pathologie à part, dans laquelle cependant les Anglais étaient plus riches qu'eux. Enfin les médecins de notre marine qui ont aussi très-ardemment cherché à faire avancer la chirurgie de l'hépatite, ne se sont pas toujours mis à l'abri du même reproche.

De ce manque d'échange entre les divers groupes, sont résultées des traditions étroites et incomplètes, les progrès des uns demeurant inconnus aux autres ; et c'est ainsi malheureusement qu'une pratique excellente, inaugurée en France par Récamier en 1825, puis appliquée à Madras avant 1840 (la ponction exploratrice), sera restée toujours ignorée en Afrique et n'aura été utilisée dans la Cochinchine française que 40 ans plus tard.

Quoi qu'il en soit, ce lien étroit, trop exclusif sans doute, qui réunit en groupes naturels, indépendants, presque en écoles, soit les médecins de l'extrême Orient, soit ceux de l'Algérie ou de notre marine coloniale, nous justifie, pensons-nous, dans notre manière de retracer l'histoire par pays et non par succession chronologique.

Ainsi, en descendant ce siècle, nous exposerons successivement la chirurgie des abcès du foie discutée et enseignée dans les grands centres scientifiques européens; puis celle qui résulte de la pratique des médecins militaires d'Algérie; celle que les médecins de la marine ont formée et transportée dans toutes les régions tropicales; celle des médecins du Levant (Grèce, Asie-Mineure, Égypte) ; enfin, celle des médecins anglais de l'Inde et de la Chine. Il nous sera alors possible d'entrer dans la période contemporaine et de présenter un tableau d'ensemble de l'état actuel de la question.

A. — Centres scientifiques européens

Parmi les médecins célèbres qui s'occupèrent de ce traitement chirurgical dans les premières années du siècle, il faut citer A.

Portal (1), qui ne prétend pas, du reste, faire œuvre personnelle en cette matière, et surtout le baron Larrey (2), dont les cliniques parues en 1829 étaient écrites, en ce qui concerne les abcès du foie, sur des documents recueillis en Egypte en 1800. Aussi est-il quelque peu retardataire vis-à-vis de ses contemporains, et date-t-il réellement de plus loin que le millésime de son livre. Après une analyse des travaux antérieurs il indique sa propre pratique : incision de la peau, des muscles et des aponévroses au bistouri ; ouverture du sac purulent « avec le fer incandescent, auquel on a donné la forme d'un couteau ». Sur sept cas ainsi traités, il eut trois guérisons.

Comme on le voit, ces lignes étaient écrites longtemps avant que l'on songeàt à mettre en balance trois méthodes d'ouverture, inspirées toutes trois par des sentiments de prudence, et dont chacune est restée attachée à l'un des trois noms de Récamier, Graves et Bégin.

Ces trois méthodes méritent de nous arrêter quelque peu parce qu'elles ont pendant quarante ans défrayé tous les enseignements et toutes les discussions scientifiques.

Récamier, dont les écrits sont très peu lus de nos jours, parce qu'ils consistent surtout en articles publiés dans des journaux complètement oubliés, a fourni à la thérapeutique des abcès et des kystes du foie des contributions fort importantes (3). D'abord il a sinon imaginé, au moins précisé et appliqué la *ponction exploratrice préalable*. Il a montré qu'elle peut rendre de grands services et qu'elle est inoffensive, mais que l'instrument doit être très fin, et qu'il faut le retirer brusquement des tissus : sans cela il ferait une plaie que les liquides pourraient traverser de manière à tomber dans le péritoine. Il conseille encore, si le pus ne sort pas spontanément par le trocart, de placer dessus une ventouse afin d'aspirer le liquide et de pouvoir l'examiner. C'est bien là l'exploration par une *ponction capillaire aspiratrice*. D'ailleurs un trocart très fin que l'on trouvait naguère encore dans toutes les trousses portait le nom de *trocart capillaire de Récamier*.

Mais ce médecin est demeuré plus célèbre par la méthode qu'il a imaginée pour ouvrir les kystes et les abcès du foie, en évitant les principaux périls de l'incision directe. Le plus grand inconvé-

(1) A. Portal. — Obs. sur la nature et le traitement des maladies du foie, 1813.

(2) Baron Larrey. — Clinique chirurgicale. Paris, 1829. Tome II, de l'hépatitis.

(3) Récamier. — Revue des sciences médicales. Plusieurs articles sur les abcès et les kystes du foie. 1825-1827.

nient d'une plaie traversant la paroi abdominale et le péritoine, pour aller atteindre une cavité purulente située dans le foie, consistait, aux yeux de presque tous les anciens auteurs, dans l'absence fréquente des adhérences. Les accidents de péritonite auxquels on on avait pu assister, étaient amenés d'après eux par l'épanchement du pus dans le ventre, et ils ne songeaient pas en général à incriminer l'ouverture même du péritoine faite sans aucune précaution et l'infection de la plaie par des germes venus du dehors. En tout cas l'existence des adhérences devait les mettre à l'abri de la péritonite. De là à les provoquer il n'y avait qu'un pas, et ce fut l'esprit logique et ingénieux de Récamier (1) qui l'accomplit. Voici sa méthode. Il cherche à exciter la formation d'une inflammation adhésive à l'aide de caustique de Vienne, comme d'autres l'ont cherché par des vésicatoires ou par l'acupuncture (Trousseau). Une ou plusieurs traînées de potasse caustique sont disposées sur la région tuméfiée de façon à ce qu'elles ne fassent qu'une grande escarre. Celle-ci est fendue au bout de quelques jours, ordinairement le cinquième, et dans le fond de l'incision on dépose une nouvelle quantité de caustique, destinée à gagner en profondeur. Ces applications sont répétées trois ou quatre fois ; enfin, lorsque l'on sent nettement la fluctuation sous l'escarre, on ouvre la poche au trocart ou au bistouri.

Récamier publie dans son premier mémoire (1825) cinq cas de kystes hépatiques guéris par ce procédé. En effet, cette manière de faire mettait assez bien à l'abri de la pénétration des liquides dans l'abdomen, car en général les adhérences étaient formées.

Toutefois cette méthode comporte de sérieuses critiques sur lesquelles nous reviendrons bientôt.

En dernier lieu Récamier voulut éviter une autre cause de danger : la pénétration et le contact de l'air dans la poche suppurante. Pour cela, après avoir extrait tout le liquide, il le remplaçait par des injections médicamenteuses qu'il retenait dans la cavité morbide d'un pansement à l'autre, en fermant la plaie au moyen d'un bourdonnet de charpie ou d'éponge. Ce procédé d'exclusion de l'air par des injections replétives permanentes a passé à peu près inaperçu quoiqu'il soit de nature, avec les ressources de l'antisepsie actuelle, à rendre de grands services. Nous ne pouvons nous empêcher de remarquer l'analogie qu'il y a entre

(1) On avait avant Récamier ouvert des abcès du foie avec le caustique (lapidem causticum), mais on n'avait pas employé cette méthode dans le but de former des adhérences.

cette pratique, au moins quant aux principes qui l'ont inspirée, et celle que l'un de nous a préconisée et emploie toujours avec succès pour le traitement des abcès ganglionnaires, bubons, et autres cavités suppurantes (1).

L'œuvre de Récamier, on le voit, était fort importante et la vogue méritée dont elle a joui eut sans doute persisté jusqu'aux récentes conquêtes de la chirurgie, si les praticiens n'avaient eu à se plaindre parfois de la trop grande lenteur de ces procédés, au moins pour les abcès à marche rapide.

Plusieurs mémoires de Graves insérés dans ses *Lectures cliniques* (2) concernent l'hépatite suppurée. Celui où est exposée sa méthode opératoire a été reproduit en France dans les *archives générales* de médecine (3). Graves raconte comment il fut amené dans un cas qui survint à Dublin, et où le diagnostic était incertain, à conseiller en quelque sorte une incision d'attente qui s'arrêterait *dans les muscles, profondément, à deux lignes du péritoine.* Il comptait que l'abcès, au bout de quelques jours, gagnerait jusqu'à l'incision, processus explicable, selon lui, par la suppression de la résistance à la partie incisée, et aussi par la genèse d'une inflammation éveillée par l'incision même. Cette conception de Graves fut en effet réalisée par Mac Namara, sous ses yeux, et l'abcès hépatique se rompit le 3me jour au fond de l'incision, au moment où le malade vint à éternuer. La guérison fut obtenue au bout de quelques semaines.

Ainsi fut créée la manière de procéder qui porte le nom de *méthode de Graves* et que les Anglais ont souvent employée dans les pays chauds.

Malgré le cas très-heureux qui lui donna naissance, la méthode de Graves est un procédé lent et incertain, et qui souvent ne suffit pas pour amener l'ouverture spontanée, si l'incision n'est pas placée exactement en face de la cavité purulente, ou si celle-ci est trop profonde.

Le *procédé de Bégin* (4) est un perfectionnement de celui de Graves.

Bégin va jusqu'au péritoine, couche par couche, avec le bistouri ; s'il y rencontre des adhérences, il pousse de suite le bistouri dans

(1) Fontan. — Note à l'Académie de méd., avril 1789, et leçon clinique sur les injections de vaseline iodoformée dans les bubons, in Arch. méd. nav. 1889, p. 5.

(2) Graves. — Clinical lectures of the pratice of medicine, 2e édit., vol. II, p. 248.

(3) Graves. — Arch. générales de médecine, 1827, t. XVIII, p. 215.

(4) Bégin. — Journal hebdomadaire, 1830. Tome I, p. 417.

le foyer purulent. Sinon, il attend trois ou quatre jours en pansant la plaie à plat, comme Récamier et Graves, et les adhérences étant alors produites, il ouvre l'abcès au bistouri ou au trocart. Ce procédé, bien plus chirurgical que celui de Graves, mais qui exposait à la péritonite avant même l'ouverture de l'abcès, à une époque où l'ouverture chirurgicale de la cavité abdominale était si souvent mortelle, jouit néanmoins d'une assez grande faveur en Angleterre et en France. Plusieurs auteurs se félicitent de l'avoir suivi, entre autres Velpeau, qui lui doit trois succès, probablement pour des kystes hydatiques. Tels sont les trois procédés que l'on trouve décrits et constamment répétés dans les auteurs classiques à partir de 1830. Velpeau (1), dans un excellent chapitre où les abcès et les kystes du foie sont étudiés simultanément, vante et critique en même temps les travaux de Récamier et insiste sur la ponction exploratrice qu'il faut faire avec un petit troïs-quarts ou une aiguille à cataracte, *comme lorsqu'il s'agit de distinguer sûrement un abcès d'un anévrysme.* Il choisit, quant à lui, le procédé de Bégin. Vidal de Cassis (2) reproduit encore et discute les trois méthodes de Graves, Bégin et Récamier, en montrant l'importance qu'il attache à faire l'opération en deux temps.

Roche (3) et Cruveilhier, Malle (4), Ferrus (5), dans les articles spéciaux des grands Dictionnaires qui parurent quelque temps après, reproduisent ces conseils sans y presque rien ajouter. A peu près seul, Fauconneau-Dufresne (6) ose parler d'incision directe. D'ailleurs, les ressources paraissaient suffisantes contre un mal que l'on ne rencontrait que rarement sous les climats tempérés, et les ouvrages classiques des Sedillot, A. Guérin, Nélaton, etc., ne font que répéter des propositions aussi vagues que banales.

Pendant une longue période, les milieux scientifiques européens se désintéressèrent de ces questions, qu'ils avaient si peu l'occasion d'étudier sur le fait, et c'est dans la pathologie exotique, en Algérie surtout, qu'il faut chercher de nouveaux progrès. Quelques points de détail attirent cependant parfois l'attention, notamment la ponction exploratrice qui a suscité à Lavigerie (7) et à Gar-

(1) Velpeau. — Nouveaux éléments de médecine opératoire, 1839. Vol. IV, p. 17.
(2) Vidal de Cassis. — Traité de pathologie externe, 1841. Vol. V, p. 126.
(3) Roche et Cruveilhier. — Art. hépatique et foie, in Dict. de méd. et chir. pratiques, 1833.
(4) Malle. — Art. foie, in Encyclopédie, 1841.
(5) Ferrus. — Art. traitement des mal. du foie, in Dict. de méd. en 30 vol., 1836.
(6) Fauconneau-Dufresne. — De la curabilité des abcès hépatiques, in Revue médicale, 1846.
(7) Lavigerie. — Hépatite et abcès du foie. Thèse de Paris, 1866.

nier (1) de bons travaux sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Ce n'est plus que dans ces dernières années, depuis les communications de MM. Rochard et Guillemin à l'Académie de médecine, que l'on s'est repris à se préoccuper, dans les grands centres scientifiques, et surtout à Paris, de la meilleure manière d'ouvrir les abcès du foie. Les noms de Chauvel, Thédenat, Terrier, Carairas, Lannelongue, Segond, Peyrot, Canniot, Ferron et les nôtres aussi, doivent être cités pour des articles, des thèses ou des discussions qui sont encore pendantes.

Dans la littérature étrangère nous trouvons aussi peu de choses à noter. Frerichs (2) affirme que les procédés de Bégin et de Récamier sont préférables aux inventions nouvelles. Simon (3) recommande dans les kystes hydatiques l'emploi de la double ponction. Deux trocarts sont enfoncés dans la tumeur à 3 centimètres l'un de l'autre, et les canules en sont laissées en place. Au bout de 24 heures les adhérences étant produites, on réunit avec le bistouri les deux ponctions, et l'on obtient ainsi une ouverture suffisamment large. Ce procédé a été utilisé par quelques chirurgiens et par nous-mêmes, pour ouvrir des abcès hépatiques.

En Angleterre, Murchison (4) conseille l'opération, avec les précautions listériennes, directement au bistouri, du moins dans les abcès superficiels. Harley (5) recommande l'usage des ponctions répétées, avec aspiration, et sa timidité est telle qu'il s'érie : « Jamais je ne voudrais recommander le procédé de Bégin ou de Récamier, ni de tenter l'ouverture de l'abcès au bistouri, et je ne conseillerai pas non plus l'usage d'un gros trocart, même quand l'abcès fait saillie!... » Etait-ce vraiment la peine que les médecins anglais de l'Inde fissent faire à la thérapeutique de l'hépatite des progrès si décisifs, pour voir la science anglaise de l'*University college* retenue par de si funestes préjugés!

B. — Chirurgie militaire en Algérie.

La conquête de l'Algérie, en offrant à nos médecins militaires un champ nouveau d'étude et de pratique, les familiarisa promptement avec le paludisme, la dysenterie, l'hépatite, etc...,

(1) Garnier. — Innocuité de l'hépatocenthèse, in Union médicale, 1866.

(2) Frerichs. — Traité des maladies du foie. Berlin, 1877. — Trad. Duménil, p. 401.

(3) Simon. — Deutsche klinik, Jahrg, 1886, p. 45.

(4) Murchison. — Leçons cliniques sur les maladies du foie. Trad. Cyr, Paris, 1878.

(5) Harley. — Traité des mal. du foie. Trad. Rodet, Paris, 1890, p. 221.

toutes affections qui n'avaient guère pu être étudiées jusque-là, dans leur génie endémique et sub-tropical, que par quelques médecins de la marine ayant séjourné aux Antilles ou dans les Indes. Aussi, après quelques années de colonisation, de 1840 à 1860, vit-on paraître un bon nombre de publications recommandables sur ces questions. La chirurgie de l'hépatite n'y fut cependant que timidement abordée.

Après quelques travaux sans intérêt au point de vue opératoire, par exemple ceux de Laveran et C. Broussais, on retrouve la pratique de Récamier, conseillée et exécutée par Haspel (1). Dans quelques cas, cependant, il emploie comme Bégin l'incision couche par couche, en attendant, pour achever, que la fluctuation existe depuis deux ou trois jours, afin d'être sûr des adhérences. Simon (2) emploie aussi la potasse caustique, et Catteloup (3) se montre partisan de l'abstention constante. Il n'a jamais trouvé l'indication du bistouri : « Lorsque l'abcès, dit-il, est formé dans le foie, la mort est presque inévitable. Les cas où il faudrait donner issue au pus par les procédés de Récamier ou de Bégin, sont excessivement rares... et dans ces cas-là, le marasme est tel qu'ils n'offrent aucune chance favorable ».

Cependant, Cambay (4) avait dès 1843 cherché à perfectionner le mode opératoire de Bégin, et après l'apparition de son traité sur la dysenterie (1847), *la méthode de Cambay* prit rang dans la série si surchargée des procédés d'évacuation du pus. Cet auteur arrive jusqu'au viscère, couche par couche, suivant la manière de Bégin : mais là, au lieu d'attendre les adhérences, il plonge dans la tumeur un trocart revêtu d'une canule de caoutchouc. Le poinçon étant retiré on fixe et on laisse à demeure la canule dans la plaie, au moyen de bandelettes agglutinatives. Ce modus faciendi a été plus ou moins transformé, la pénétration d'un tube de caoutchouc sur un trocart étant une manœuvre difficile. Mais la méthode de Cambay n'en a pas moins été employée un peu partout, sous divers noms, et avec des résultats variables. Nous la retrouverons dans l'Extrême-Orient avec P. Manson, qui invente un instrument

(1) Haspel. — Sur les abcès du foie. — Recueil de médecine et chirurgie militaire, 1843.

Haspel. — Gaz. médicale, 1843. — Du même : Maladies de l'Algérie, 1852.

(2) Simon. — Recueil de méd. et chir. militaire, 1843, p. 123.

(3) Catteloup. — Même recueil, 1845. — Du même : Recherches sur la dysenterie au Nord de l'Afrique, 1851.

(4) Ch. Cambay. — Traité de la dysenterie des pays chauds, et spécialement de l'Algérie. Paris, 1847.

compliqué pour porter un drain au fond de la plaie. Elle fut aussi longtemps pratiquée au Mexique par Jimenès ; et Ramirez qui lui en attribue l'invention en 1859 (1), raconte avec une grande bonne foi, que Tertiz, de Mexico, *imagina en 1865 un dernier perfectionnement*, en glissant à l'aide de la canule un tube de Chassaignac pour rendre constant l'écoulement du pus. En somme la méthode de Cambay se résume dans la ponction évacuatrice à l'aide d'un gros trocart avec maintien d'une canule à demeure. Le trocart choisi doit être assez large pour laisser passer les grumeaux de pus, et quelques-uns (Gallard, Boisset) ont même conseillé le trocart à ovariotomie. On se rapproche ainsi d'une véritable incision.

Après quelques articles de moindre importance (Morel (2), Périer (3), etc.), nous arrivons à un excellent chapitre de Rouis (4). Les indications opératoires très judicieusement posées, les diverses méthodes passées en revue et sainement appréciées, d'excellents conseils pratiques tirés de l'expérience personnelle, font de cet ouvrage un document précieux à consulter, et comme le couronnement de la période scientifique algérienne.

Nous ne pouvons en effet rattacher à cette pathologie d'Afrique, dont le champ est aujourd'hui devenu stérile, le livre tout contemporain et d'un intérêt bien plus général de Kelsch et Kiener, ni les articles importants de plusieurs chirurgiens militaires qui se sont occupés dans ces dernières années de l'ouverture des abcès du foie : Chauvel, Boisset, Delorme, etc.

C. — Médecins de la marine et des colonies.

Les travaux publiés par les médecins de la marine, sur l'hépatite des pays chauds pendant le XIXe siècle, sont en nombre considérable, beaucoup de thèses, d'articles de journaux, de communications aux sociétés savantes, s'ajoutant aux chapitres spéciaux de plusieurs grands traités de pathologie exotique. Mais loin de vouloir refaire ici un index bibliographique, nous ne nous attacherons qu'aux principaux progrès du traitement chirurgical, réalisés par nos camarades de l'armée de mer.

(1) Ramirez. — Du traitement des abcès du foie à Mexico et en Espagne. Paris, 1852.

(2) Morel. — Considérations sur les abcès du foie en Algérie. Th. de Paris, 1852.

(3) Périer. — Des abcès du foie. Recueil de méd. et chir. militaire, 1857.

(4) Rouis. — Recherches sur la suppuration endémique du foie. Paris, 1860, p. 239.

Ces médecins infatigables, toujours exposés aux plus périlleuses campagnes, observant, sous des climats également nocifs mais dont chacun présente ses caractères particuliers, des maladies que personne ne connaissait bien, forcés souvent d'improviser une thérapeutique hardie vis-à-vis de maux presque sans ressources, ces médecins, disons-nous, devaient naturellement se livrer à bien des tâtonnements et subir bien des échecs, avant d'instituer des méthodes efficaces. Néanmoins, grâce à cet esprit de décision que la nécessité fait naître chez des hommes formés pour la lutte, grâce aussi à d'excellentes études anatomiques et opératoires, grâce enfin à la faculté qu'ils possédaient de retrouver fréquemment dans les trois écoles naguère si florissantes de Brest, Rochefort et Toulon, les leçons ou les conseils de maîtres qui s'appelaient Clémot, J.-J. Raynaud, Fouilloy, J. Roux, J. Rochard, Marcellin Duval..., ces praticiens conservaient dans les plus pénibles conditions de saines traditions chirurgicales ; ils enrichissaient constamment leur art de progrès nouveaux et il leur revient, à côté des médecins anglais de l'Inde, une grande part dans les perfectionnements de cette thérapeutique dont nous retraçons l'évolution.

Il y a près d'un siècle, un médecin de la marine, qui avait passé de longues années à Cayenne, Campet, publia dans un volume de mémoires divers (1), un chapitre intéressant sur l'hépatite tropicale. Plusieurs des observations qu'il rapporte sont, il est vrai, assez vagues et même d'un diagnostic mal établi ; mais les excellents conseils que donne l'auteur, au sujet des indications et du manuel opératoire, méritent d'être cités textuellement :

« Le pronostic des abcès du foie (p. 193), se tire des parties de ce viscère qui en sont le siège ; ceux qui se forment à la partie convexe sont susceptibles d'une cure presque certaine par l'incision... il n'en est pas de même pour ceux qui occupent la portion cave, car on ne peut la vider par incision... on doit ouvrir ces abcès avec beaucoup de prudence, surtout quand la fluctuation est équivoque...

» On ouvre les abcès qui se forment à la partie convexe, entre ou au-dessous des fausses côtes, de façon que, dans ce dernier cas, *la dernière des fausses côtes se trouve former la lèvre supérieure de la plaie...*

» L'incision doit être au moins de quatre pouces. Arrivé au péritoine, on y fait une petite incision dans laquelle on introduit

(1) Campet. — Traité pratique des maladies graves qui règnent dans les contrées situées sous la zone torride. Paris, an X (1802), p. 191.

une sonde cannelée pour l'agrandir. On la retire ensuite et l'on met un doigt à sa place. *C'est le meilleur conducteur dont on puisse se servir pour achever l'opération*, et éviter la section des adhérences, accident qui peut arriver avec une sonde, mais non avec le doigt, car on sait que toucher c'est voir... Pour s'assurer de l'état du foie, on cherche avec la main dans la plaie, le foyer du pus qui, ordinairement, est mou comme une pomme pourrie... »

On voit par ces diverses propositions combien cet auteur, presque inconnu, mais qui fut correspondant laborieux à l'Académie de chirurgie, possédait de notions nettes et très pratiques sur cette question de l'hépatite suppurée. Si le mot d'*antisepsie* était prononcé dans quelques-uns de ces passages, on croirait vraiment qu'ils ont été écrits cent ans plus tard.

Il est difficile de suivre dans la littérature scientifique de la première moitié du siècle, la pratique des chirurgiens français dans les régions tropicales. A peine savons-nous par les thèses de Calvé (1) et Gonnet (2), que les médecins de la marine continuaient à opérer les abcès du foie, au grand étonnement de Catteloup. Ce n'est que beaucoup plus tard (1856) que Dutroulau (3) formule avec autorité une série de préceptes, où l'opération au bistouri, menée prudemment, à la façon de Bégin, est indiquée comme le procédé classique de la marine, sans qu'aucun autre mode opératoire mérite de lui être opposé.

» Après avoir pratiqué au trocart, dit-il, une ponction qui doit donner du pus, faire une incision parallèle à l'axe du tronc de 4 à 5 c. m., couche par couche, en diminuant l'étendue de l'incision. Rendu là, s'assurer avec le doigt de la présence du pus et de l'immobilité de la tumeur. Si l'on avait quelques doutes sur les adhérences péritonéales, s'arrêter là, tenir la plaie dilatée et attendre; le pus se fera jour sans tarder. Sinon plonger le bistouri perpendiculairement et agrandir un peu l'ouverture en le retirant.

En vérité, en relisant ce passage, nous nous demandons s'il était bien nécessaire de créer la *méthode de Little*, et si les élèves de Dutroulau, en suivant sa manière de faire qui ne demandait d'autre complément que le pansement de Lister, n'auraient

(1) Calvé. — Quelques méditations sur la formation et l'ouverture d'un abcès du foie. Th Paris, 1826.

(2) Gonnet. — Quelques réflexions sur l'hépatite aiguë. Th. Paris, 1827

(3) Dutroulau. — Traité des maladies des Européens dans les pays chauds. Paris, 1868.

Dutroulau. — Mémoires sur l'hépatite des pays chauds. Paris, 1856.

pas dû se croire dispensés de faire aucun emprunt aux médecins de Shanghaï ? Malheureusement, les meilleurs enseignements sont bientôt perdus de vue, et c'est à peine si, douze ans plus tard, Saint-Vel (1) rappelle les conseils de Dutroulau sans y rien ajouter de personnel. Pendant cette période, et jusqu'en 1880, nous traitons sans fermeté les abcès du foie, quoiqu'ils soient fréquents, surtout au Sénégal et dans notre grande colonie indo-chinoise. C'est pourtant là qu'en 1873, un de nos anciens, Vauvray, fit la première incision large avec antisepsie pour une hépatite suppurée. Ce fait, qui fut suivi de succès, est resté inédit, et nous sommes heureux de pouvoir en publier la relation à la fin de ce volume. (Voir Obs. LXXXIII.) Mais cet exemple ne fut pas imité. Ignorants de littérature anglaise, oublieux même de la nôtre, nous sommes devenus si peu entreprenants que l'un de nous, rencontrant en Nouvelle-Calédonie en 1878-80 plusieurs abcès du foie, ne les aborda que par des ponctions insuffisantes; et que Eyssautier (2) est autorisé à déclarer « qu'à Saint-Mandrier, quand le foie arrivait à suppurer, on a cherché en 1878, *comme toujours dans la pratique des médecins de la marine,* à ne pas recourir à l'ouverture du foyer; sachant par expérience combien cette opération est rarement suivie de succès et combien, au contraire, la nature est puissante à amener la résorption du pus sans accident quand il n'y a pas intervention de l'instrument et contact de l'air extérieur. »

Cette négation d'Eyssautier est cependant trop exclusive, car nous connaissons, outre les nôtres, plusieurs interventions, et nous en avons relevé quatre exemples à Saint-Mandrier sur les registres des années 1875 à 1880. Un fut opéré par la ponction, deux par le caustique et le quatrième par le bistouri. Tous les quatre succombèrent.

Néanmoins, on opérait alors très peu, et pour nous faire sortir de cette apathie, il ne fallut rien moins que la maladie d'un de nos camarades, si heureusement opéré par le Dr Stromeyer-Little, de Shanghaï, ainsi que nous le raconterons plus loin.

Aussitôt après cet incident, les diverses communications de Rochard, le chapitre de Nielly (3), puis celui de F. Roux (4), les

(1) Saint-Vel. — Traité des maladies des régions intertropicales. Paris, 1868.

(2) Eyssautier. — L'hôpital maritime de Saint-Mandrier pendant l'année 1878. Thèse de Montpellier, 1880.

(3) Nielly. — Nouveaux éléments de pathologie exotique. Paris, 1881.

(4) F. Roux. — Traité pratique des maladies des pays chauds. Paris, 1886.

articles de Sollaud (1), Gillet (2), Thomas et Raynaud (3), Navarre (4), les thèses de Bonnaud (5), C. Rousse (6), Long (7), Riou-Kérangal (8), Gauran (9), Oromi (10), et l'excellent traité de Corre (11), multiplièrent en quelques années les observations et éclairèrent tous les points d'une thérapeutique dont nous nous étions trop longtemps détournés.

Il ne nous reste plus qu'à indiquer quelques articles tout contemporains et qui devront être repris en discussion, tels que ceux de Leo (12), de Legrand (13), et les diverses études de détail, poursuivies depuis quelques années par les auteurs du présent ouvrage (14).

D. — MÉDECINS ANGLAIS DE L'EXTRÊME-ORIENT.

La série des travaux remarquables que les médecins de l'Inde ont consacrés à l'hépatite suppurée ne commence guère qu'avec

(1) Sollaud. — Relation d'un abcès du foie traité par la méthode des médecins anglais en Chine, in Arch. méd. nav. Tome XXXVII, p. 406.

(2) Gillet. — Relation d'un abcès du foie traité par la méthode de Little. Arch. med. nav. 1885.

(3) Thomas F. et Raynaud G. — Deux abcès du foie. Arch. méd., nav. 1887.

(4) Navarre. — Sur l'hépatite suppurée des pays chauds. Lyon médical, 1886.

(5) Bonnaud. — Quelques considérations cliniques sur les abcès du foie dans les pays chauds. Th. Lyon, 1881.

(6) C. Rousse. — De l'ouverture des abcès du foie. Th. Montpellier, 1883.

(7) Long. — Des diverses méthodes de traitement chirurgical des abcès du foie. Th. Montpellier, 1884.

(8) Riou-Kerangal. — De l'hépatite suppurée dans les pays chauds. Th. Montpellier, 1884.

(9) Gauran. — Contribution à l'étude de l'hépatite suppurée des pays chauds. Th. Bordeaux, 1886.

(10) Oromi. — Quelques réflexions sur un cas d'hépatite suppurée. Th. Montpellier, 1889.

(11) Corre. — Traité clinique des maladies des pays chauds. Paris, 1887.

(12) Leo. — Arch. de méd. nav., déc. 1890, avril 1891, sept. 1892.

(13) Legrand. — Hépatite suppurative en Nouvelle-Calédonie. Arch. méd. nav., 1891.

(14) Bertrand. — De la cholerrhagie qui suit les incisions des abcès du foie. Revue de méd., mars 1890.

Bertrand. — Relevé statistique des abcès du foie, opérés par la méth. de Little. Revue de chirurg., août 1890.

Fontan. — Sur l'ouverture des grands abcès du foie. Soc. de chirurgie, 23 déc. 1891.

Fontan. — Abcès du foie, curetage, bactériologie. Soc. de chirurgie, 27 juillet 1892.

Fontan. — Leçon clinique, in Bulletin médical, 16 juillet 1893.

Annesley (1828) (1). Mais pour être complet, il faut rappeler les opérations de Bogues à Négapatam (1759), notées par Lind (voir ci-dessus), celles de Clark à la Dominique (1789) (2), où il ouvrit 13 abcès du foie avec un grand succès, puisqu'il obtint 8 guérisons, celle relatée par Simmons (3), qui réussit à guérir par l'incision un malade dont l'abcès contenait 12 pintes de pus, et enfin le travail de Curtis (4), où 10 opérations sont rapportées avec deux guérisons.

Quoiqu'il en soit, à part ces observations isolées, aucun travail important n'est publié pendant 30 ou 40 ans sur cette matière qui semble avoir perdu de son intérêt, tant elle est négligée même dans de recommandables traités de pathologie exotique (Pearson, Mosely et James Johnson....). C'est en 1828, précisément en même temps que les cliniques de Larrey, que parut l'ouvrage si travaillé d'Annesley (5), qui a longtemps joui auprès de ses successeurs de l'Inde de la plus grande considération. Pour nous en tenir à la question du traitement chirurgical, nous nous bornerons à remarquer qu'Annesley doit être rangé parmi les opérateurs timides.

Il professe l'opinion qu'il faut absolument attendre pour ouvrir que l'abcès fasse saillie, qu'il soit rouge, et qu'il y ait des adhérences. Quant au trocart il le rejette, la nature floconneuse du pus hépatique ne lui permettant pas d'être ainsi évacué. Si l'on se décide à l'incision elle doit être faite couche par couche largement jusqu'au péritoine. La fluctuation étant perçue, il ne reste plus qu'à ouvrir l'abcès à la lancette. Mais, nous le répétons, il encourage peu à opérer et surtout à opérer de bonne heure.

« Cette question d'opportunité est jugée plus nettement par Willing Twining (6). « Quand l'abcès pointe franchement avec fluctuation, il faut, dit-il, l'ouvrir plus souvent et de meilleure heure qu'on ne le fait..... quand il ne se manifeste que par l'œdème intercostal, il est préférable d'employer le procédé de Graves. »

(1) Ce chapitre d'une pathologie très peu connue en France a été écrit soit à l'aide de documents puisés aux sources mêmes, soit à l'aide des études historiques souvent citées d'Allan Webb et de Stowell, études satisfaisantes au point de vue anglais, mais pour lesquels tous les travaux français sont restés lettre-morte. Nous nous sommes efforcés dans ce présent article de ne point en user de même vis-à-vis de nos distingués confrères de l'armée anglaise.

(2) Clark. — In the medical commentaries pour 1789 (d'après Stowell).

(3) Simmons. — In medical and physicean journal, 1803.

(4) Curtis. — An account of the diseases of India, Edimbourg, 1807.

(5) Annesley. — Researches into the causes, nature, and treatment of the diseases of India, 1828.

(6) Willing Twining. — Clinical illustrations of the more important diseases of Bengal, Calcutta, 1835.

Ici commence une période fertile en publications, et surtout en efforts pratiques ayant pour but de faire progresser le traitement opératoire de ces redoutables abcès. Dans la présidence de Madras principalement, sous l'influence de Murray, qui était alors *inspecteur député* des hôpitaux de cette province, tous les chirurgiens militaires opèrent les abcès du foie, et cherchent à perfectionner leurs procédés. Ils ont généralement recours à la ponction, moyen insuffisant selon nous, mais ils obtiennent des succès parce qu'ils opèrent de bonne heure, et cette opportunité dans l'intervention vient de ce que Murray a introduit dans la pratique indienne l'exploration du foie par les ponctions capillaires, dès que le pus est *seulement soupçonné.* Le trocart filiforme *explorateur* de Récamier était sans doute connu de Murray, car il est signalé dans plusieurs traités classiques d'Europe entre 1830 et 1840. Mais personne ne paraît l'avoir employé dans les abcès des pays chauds avant l'inspecteur général de Madras.

On trouve à ce sujet des documents fort curieux réunis dans un journal de Madras (1), que Murray avait fondé. Ce sont d'abord des notes de l'éditeur parues dans le volume II ; puis quelques articles signés.

Shanks (2) y démontre l'innocuité des ponctions exploratrices à l'aide de 7 cas dans lesquels, n'ayant pas rencontré le pus, il n'a vu aucun accident succéder à ces piqûres.

Sinclair (3) indique très judicieusement que cette exploration devra surtout rendre des services quand il y a une douleur chronique dans le côté, avec plénitude de la région, et des accès de fièvre, et que les autres signes de la suppuration font défaut.

Dans le même journal les Drs Monat et Rogers (vol IV, 1842), ont encore contribué à vulgariser cette pratique. Mais on lira surtout dans ce recueil (4), avec le plus vif intérêt, un travail considérable contenant 57 observations chirurgicales.

Plusieurs chirurgiens sont cités dans ces relations : Mac Lean, J. F. Grant, Dempster, Anderson, Monat... Mais il est évident qu'ils ont suivi d'une façon générale la même méthode, qui leur était inspirée par leur chef Murray. Nous trouvons en effet dans

(1) Madras quaterly medical journal. — Ed : Samuel Royers, and Alex Lorimer.

(2) Shanks. — Madras quat.... Vol. III, 1841. Rapport on the diseases in M S 57. Th. Rey.

(3) Sinclair. — Même recueil, même vol. Case of hepatic abcess in wich exploration and puncture were performed.

(4) Editeurs. — Madras quat.... oct. 1844. Return shewing the results of the operation of puncturing hepatic abcess.

Allan Webb (1), cette phrase significative : « j'ai aussi extrait du Madras quat. journal, quelques autres cas qui confirment les justes vues de feu l'inspecteur général, relativement au bénéfice qui résulte non-seulement d'une ponction faite de bonne heure, mais de la simple opération d'explorer, même s'il n'y a pas de pus, et si rien autre chose que du sang n'est évacué », et plus loin : «.... quoique l'emploi d'un petit trocart explorateur semble venir du Dr Murray, c'est au docteur Monat qu'appartient l'honneur d'en avoir recommandé et répandu l'emploi dans l'Inde, ainsi que nous l'apprend le distingué éditeur du Madras quat. journal (Vol. II, p. 227) ».

Si l'on cherche par la critique des observations publiées, à qui revient la principale part dans cette nouvelle méthode, il semble qu'il faille bien l'attribuer à Murray. L'observation suivante, due au Dr Wilkins, et rapportée par Allan Webb, est tout-à-fait significative à ce point de vue.

Obs. LXX. — *Abcès de foie. Deux ponctions exploratrices avec issue de sang. Deux ponctions effectives avec issue de pus. Guérison. Par le chirurgien Wilkins, de l'armée de Madras.*

Samuel Wilks, simple soldat, HM, 41me régiment, 35 ans ; 14 ans de séjour d'Inde, admis au Régimental Hospital, à Belgamm, service du chirurgien Wilkins, le 21 mars 1839, avec des symptômes d'hépatite aiguë. Un traitement antiphlogistique actif fut institué d'abord, et le sujet soumis au calomel, ant. tart. et jusquiame. Les gencives devinrent sensibles, mais la salive ne coula pas. Le 23 mars, après avoir eu un large vésicatoire la veille, il fut pris de frissonnements suivis de sueurs profuses et visqueuses, et le 30 il fut examiné par le Dr Murray, député inspecteur des hôpitaux, qui, trouvant le foie très-augmenté de volume, avec une forte raison de soupçonner l'existence d'un abcès, introduisit un trocart à la profondeur d'un pouce et demi, à la partie latérale de la cage thoracique, entre la 8me et la 9me côte. Cette ponction ne parut pas causer une grande douleur.

Environ une once d'un sang très-noir s'échappa par la canule sans aucun mélange de pus, mais le patient se trouve considérablement soulagé. Le trocart fut alors introduit un peu plus en avant et plus profondément sous le cartilage de la huitième côte, *ce qui donna issue à du sang plus noir et amena aussi un grand soulagement*, mais le pus ne coula pas encore. Des tentes de charpies furent introduites dans les ouvertures, et un large cataplasme chaud fut appliqué sur le côté avec la précaution de le renouveler souvent.

Les symptômes de suppuration persistaient, le viscère demeurant gros

(1) Allan Webb. — Path. indica, p. 113

et douloureux ; il y avait une sensation de grand poids dans la partie et le malade ne pouvait supporter de se retourner sur le côté gauche. Il avait fréquemment une sensation de froid lui traversant le dos, et la nuit se montraient des sueurs profuses. Son pouls, son courage et sa constitution étaient bons néanmoins.

Le 5 avril, M. Wilkins, ayant une idée très réfléchie que le trocart employé avait été trop court, employa celui qui est usité pour la ponction de la vessie par le rectum, instrument qui est courbe et plus long que l'autre ; il atteignit ainsi l'abcès et donna issue à une quantité de pus sanieux (environ 4 onces) au grand contentement et soulagement du patient. Le 11, le long trocart fut introduit de nouveau car la décharge purulente s'était arrêtée. Les ponctions furent maintenues ouvertes par des tentes. La décharge devint bientôt du pus louable, qui diminua peu à peu et cessa le 10 mai. Depuis le foie a repris son volume, et le malade guéri, a repris le 7 juin toutes les charges de son service militaire.

Cette observation montre un malade guérissant par de simples ponctions et sans antisepsie, ce qui ne doit pas encourager les chirurgiens actuels à faire si peu, mais elle offre un grand intérêt historique parce qu'elle montre que Murray recherchait le pus avec le trocart dès qu'il le soupçonnait. Toutefois ici le trocart explorateur se confondait sans doute avec le trocart évacuateur. Dans l'observation suivante que Allan Webb emprunte à Mac-Lean, le trocart pour l'exploration devient un instrument distinct, trop fin pour servir efficacement à l'évacuation du pus.

Obs. LXXI. — *Cas d'abcès du foie exploré et ponctionné* (*illustrating, n° 805, from Dr Maclean*) ; *avec des remarques cliniques par le Dr Murray.* (*Observation résumée*). — 8 février 1840, John Gorman, simple soldat, 33 ans, entre à l'hôpital général, service du Dr Mortimer, avec fièvre, toux, dyspnée et frissons quotidiens à midi ; était tombé malade 7 jours auparavant, et attribuait sa maladie à un refroidissement pendant une garde de nuit. N'accuse pas positivement de douleur à la région du foie jusqu'au 21 février, époque à laquelle on observe une tension générale de cette région vers l'épigastre. Le 22, grande faiblesse. Le 25, augmentation de cette tension à l'épigastre ; dyspnée, anxiété ; plusieurs frissons pendant la nuit, avec sueurs abondantes.

Le 29, il est transféré dans le service du Dr Everard. Le 2 mars, son foie fut exploré et ponctionné par le Dr Murray, qui rédigea à son sujet la note suivante :

Etant informé par le Dr Everard qu'il avait reçu, transféré à son hôpital, un malade dans un dangereux état, souffrant de symptômes thoraciques avec des *symptômes obscurs de suppuration hépatique*, je vins pour consulter avec lui sur le cas. Je trouvai le foie s'étendant d'environ 3 pouces en dedans l'épigastre, vers l'ombilic, sensible au toucher, mais pas assez cependant pour en empêcher l'examen. Le muscle droit était

plus tendu que le gauche, ou plutôt devenait tel quand on tentait d'examiner la tumeur, comme pour la soustraire à la pression, signe que M. Twining a donné comme caractéristique d'un abcès hépatique central. Le malade avait eu plusieurs frissons les jours précédents, et présentait des sueurs profuses, froides, nocturnes (*fièvre hectique*) avec un dépôt puriforme considérable dans les urines. Le décubitus sur le dos ou le côté gauche est extrêmement oppressif. Toux, dyspnée, sensation de poids dans la région hépatique ; jambes et corps œdémateux, anorexie, soif, pouls intermittent à 120. Prostration.

Le trouvant dans cet état de souffrance et en situation évidemment très dangereuse, considérant les symptômes généraux et locaux significatifs de l'existence d'une suppuration, je poussai un trocart dans le foie, à l'épigastre là où il faisait saillie. Mais il ne coula qu'un peu de sang quand je retirai le stylet.

Mal satisfait de cette exploration, je poussai de nouveau *l'instrument explorateur* dans le foie, en arrière du milieu du côté, entre la 8e et la 9e côte. Alors à notre satisfaction le pus coula, non pas cependant à travers le tube de l'instrument, mais bien par côté, apparemment parce que j'étais allé au-delà de l'abcès.

Je *retirai alors l'explorateur, et introduisis un gros trocart plat*, par lequel furent évacuées 8 à 9 onces de pus épais et crémeux. Lorsque l'évacuation fut presque complète, un glouglou aérien se fit entendre à travers la canule, probablement par action du diaphragme. Un bouchon fut alors fixé sur la canule qui était retenue en place, et je prescrivis de le retirer à midi et le soir pour évacuer le pus accumulé. Un morceau de diachylon fut appliqué sur l'orifice de la 1re ponction à l'épigastre.

Soulagement quant à la dyspnée et au décubitus ; dit se trouver mieux. — Malgré cette amélioration passagère, l'état s'aggrave ; le pus cesse de couler ; on fait sans succès une 3e ponction exploratrice . Le 12, on signale que la piqûre à l'épigastre est cicatrisée, et que celle qui a donné du pus a des bords enflammés et sphacélés. Le 13, œdème généralisé et mort.

A l'autopsie, on trouva un autre abcès, très à droite, et qui avait failli de bien peu être entamé lors de la dernière exploration.

Murray accompagne cette observation d'excellentes considérations anatomiques et cliniques que nous reprendrons plus tard ; il constate que ces ponctions exploratrices n'ont amené aucune fâcheuse conséquence, et que cet exemple, quoique malheureux, est bien fait pour encourager à ponctionner plus promptement, plus à fond, et dans plusieurs directions.

On voit par ces faits que Murray, appelé par ses subordonnés dans les cas graves, pratiquait comme une manœuvre personnelle, dès 1838 ou 1839, cette ponction exploratrice inventée en France douze ans auparavant, mais inconnue avant lui dans

l'Inde et que tous les médecins de la présidence de Madras lui empruntèrent ensuite.

C'est même un fait très remarquable que le traitement des abcès du foie dans les présidences du Bengale (Calcutta) et de Bombay ne suivit pas ce mouvement si sensible de progrès que lui imprima Murray.

C'est ainsi que Morehead, Stovell, demeurent avec Annesley partisans de la non intervention. Au contraire dans la présidence de Madras, le courant chirurgical était bien établi, et Maclean fut le seul qui tenta d'y résister. Malgré les exemples qu'il avait sous les yeux il persista dans ses opinions abstentionnistes, et plusieurs années après, dans un *Manuel des maladies de l'Inde* (1), il émit des idées très timorées, tendant à interdire toute intervention opératoire. Vivement attaqué par le Dr Cameron (2), qui continuait la pratique de Madras, Mac Lean répondit qu'il avait assisté à une grande partie des observations de Murray et ne se rappelait qu'un seul cas heureux. On retrouve dans cette polémique, en plusieurs endroits, la tradition que c'est à Murray que l'on doit l'exploration du foie par les ponctions capillaires. En outre celui-ci préconisa toujours les opérations hâtives sans prendre grand souci des adhérences. Mais on peut dire qu'à côté de ces préceptes si importants, Murray rendit un mauvais service à ses disciples en maintenant l'errement de la ponction évacuatrice. L'étroitesse de la voie d'élimination ainsi créée a certainement fait périr bon nombre des malades que les médecins de Madras avaient opérés avec une si grande décision.

L'incision au bistouri, méconnue un moment, devait réapparaître peu de temps après avec Geddes (3), qui recommande de pratiquer une large ouverture afin d'assurer au pus une libre issue, et d'éviter qu'il ne s'insinue au passage entre les tissus et n'y forme des sinus.

Signalons rapidement Kenneth Mackinnon (4), qui est hostile à la ponction exploratrice, et favorable aux moyens de provoquer les adhérences (seton, vésicatoire, etc....) et Gordon (5), qui parle

(1) Maclean. — Manuel des maladies de l'Inde, 1862.

(2) Cameron. — The Lancet, 1862.

(3) Geddes. — Clinical illustrations of the deseases of India, London, 1846.

(4) Kenneth Mackinnon. — A treatise of the public health,... and the prevaling deseases of Bengal, 1848.

(5) Ch. Alexis Gordon. — Hambook for medical officers of H M in service in India, London, 1851.

très ironiquement de cette pratique *qui consistait à explorer le foie pour les abcès et à en évacuer le contenu à l'aide d'un trocart. Mais cette pratique*, dit-il, *qui fut tant à la mode dans l'Inde il y a quelques années, a fait comme toutes les modes et est tombée en désuétude.*

Nous reviendrons plus tard à Stovell (1), qui fournit une statistique et des notes historiques fort intéressantes, mais n'est guère lui-même favorable à l'opération.

Le même dédain de l'intervention se retrouve dans Budd (2), qui conseille de ne pas ouvrir les abcès mais *de les abandonner à la nature parce que la pénétration de l'air dans leur cavité pourrait faire naître une putréfaction dangereuse.*

Morehead (3) est un peu moins exclusif, mais il est fort prudent.

Il n'admet l'incision que lorsque l'abcès est petit, saillant et rouge. Dans les autres cas, peu importe que l'on opère ou non : on n'évite pas la gangrène des parties et la carie des côtes. Le mieux serait d'employer un trocart capillaire et d'évacuer l'abcès par des ponctions successives.

Si nous complétons ces conseils d'une prudence excessive, par quelques lignes empruntées à Ranald Martin (4), nous ferons toucher du doigt à quel point était tombé vers 1855 le sens chirurgical des chirurgiens dont nous nous occupons : « Le mieux est de laisser l'abcès s'ouvrir de lui-même. La nature accomplit cette opération mieux que le chirurgien. Lorsque l'abcès s'ouvre spontanément, c'est ordinairement par une petite solution de continuité comme celle des bois piqués des vers, laquelle ne se referme jamais ; et la matière s'échappe peu à peu à mesure que le sac se contracte. Il ne pénètre pas d'air mêlé au pus..., etc. » Nous nous arrêtons ayant quelque répugnance à étaler jusqu'au bout cet amas d'assertions sans fondement, et de raisonnements puérils, vraiment peu dignes des héritiers de Murray.

Malheureusement cette doctrine abstentionniste a prévalu pendant plusieurs années, et a été formulée d'une façon quasi officielle, dans le Manuel des maladies de l'Inde (1862), contre lequel nous avons dit que s'insurgeait Cameron, dans une polémique assez vive avec Mac-Lean (5).

(1) Stovell. — Cases of the abscess in the liver.... Transactions of the medical and physical society Bombay, n° 1, 1853.

(2) Budd. — Of the diseaser of the liver, Edimburg, 1851.

(3) Morehead. — Clinical researches on dis. of India, London, 1865.

(4) Ranald-Martin. — The influence of tropical climates on Europeans constitutions. London, 1856.

(5) Cameron et Mac-Lean. — Passim in Lancet, 1862.

La seule innovation qui pût tirer le traitement des abcès du foie de cette incertitude, c'était l'application de procédés mettant le blessé à l'abri de l'hecticité ou de l'infection purulente : nous avons nommé l'antisepsie. Or, la première mention de l'application du Listérisme aux abcès hépatiques, se trouve, croyons-nous, dans un travail de U. Aitken (1872) (1). Ce chirurgien déclare que la méthode du Pr Lister doit l'emporter sur celle de Bégin, mais il est peu favorable en général à l'ouverture, et se pose en adversaire décidé de la ponction exploratrice.

Les premières opérations antiseptiques sont celles de Ralfe (1874), de Barker (1877), et de Henderson (1873) ; (voir le relevé statistique....)

La ponction évacuatrice cependant conservait encore quelques partisans, et l'on trouve de grandes hésitations dans J. Syer Bristowe (2), et dans J. Fayrer (3). Tous les deux estimaient que l'on peut commencer par des ponctions aspiratrices, répétées s'il y a lieu ; que l'on peut placer une canule de gros trocart à demeure si le pus prend de l'odeur ; et même que dans ce cas spécial si l'abcès était superficiel une large incision serait préférable. Le drainage et les injections antiseptiques sont le complément de cette méthode, qui reste elle-même, notons-le bien, pour ces auteurs une méthode d'exception.

Mû par le même objectif de drainer antiseptiquement les abcès du foie sans recourir aux larges incisions, et revenant à l'idée de Cambay, Patrick Manson (4), qui a exercé principalement dans diverses localités de la Chine, a imaginé un instrument dont nous avons la figure sous les yeux, et qui est à la fois un trocart à ponction, un tube syphon, et un stylet porte-drain. Le stylet mesure 18 pouces de long, et permet ainsi de placer un drain dans les profondeurs de l'organe. Cet instrument n'a peut être pas fourni à l'auteur lui-même tout ce qu'il en attendait, mais il prouve que partout en Asie, loin de l'Inde, les médecins anglais ont fait de l'hépatite suppurée un de leur sujet d'étude favori. D'ailleurs cette question subit un temps d'arrêt dans l'Inde, et c'est en Chine, à Shanghaï surtout, que les médecins anglais, utilisant toutes les ressources conquises depuis 40 ans, vont lui faire accomplir un

(1) William Aitken. — The science of practice medicine, London, 1872.

(2) J. Syer Bristowe. — A Treatise on the theory and practice of medicine.

(3) Sir J. Fayrer. — Liver abscess and antiseptic paracentesis. — Lancet, 1880.

(4) Patrick Manson. — On the operative treatement of hepatitis and hepatic abscess, in China Imperial maritime customs medical Reports..... 30 sept. 1883.

nouveau pas en avant, en ajoutant à la méthode de Dutroulau ce qui lui manquait : l'antisepsie.

C'est dans un mémoire important de Henderson et Mac Lead (1), que nous trouvons la première expression de ce progrès. Nous citons textuellement quelques passages d'une longue observation de ces auteurs, parce qu'ils renferment l'exposé complet d'un modus faciendi qui a eu en France, il y a quelques années, un grand retentissement.

« Après chloroformisation, dit Henderson, on fait une incision longue de deux pouces, parallèlement au rebord costal, à un demi pouce de distance et à travers la ponction exploratrice de la veille ; incision intéressant la peau, le tissu cellulaire et mettant les muscles à découvert. Ceux-ci étant divisés sans que le pus apparaisse, un ténotome est introduit aussi exactement que possible à la place et dans la direction de la ponction de la veille. Le pus apparaît; l'ouverture est élargie avec un bistouri boutonné.Les bords profonds de la plaie sont alors écartés au moyen d'une pince à pansement, pour faciliter l'issue du pus, et l'introduction d'un gros drain long de cinq pouces.

La peau avait été mouillée avec la solution phéniquée à 1/20, pendant 24 heures avant l'opération, qui fut accomplie sous le spray; le pansement employé fut le pansement phéniqué de Lister ». — Notons en passant que cette opération fut pratiquée le 23 janvier 1878.

Deux ans plus tard, à la suite d'une intervention opératoire bien conduite, qui amena la guérison de notre excellent camarade le D[r] A..., Stromeyer-Little, de Shanghaï, chargea M. J. Rochard de communiquer à l'Académie de médecine (2), la relation de cette heureuse opération.

Le même sujet fut repris dans les archives de médecine navale, par MM. Ayme et Little (3). Il suffit pour se faire une idée du procédé employé par Little dans cette circonstance, de lire l'exposé si lumineux, qu'en fit M. J. Rochard : « Cette méthode, dit-il, consiste à déterminer avec autant de précision que possible, le siège de la collection purulente, et à vérifier le diagnostic à l'aide

(1) Ed. Henderson and Neil Mac-Lead, Shanghaï. — Large deep saceded, acute abscess of the liver, opened with the antiseptics precautions. Cure. Lancet, 1878, vol. I, p. 931.

(2) J. Rochard. — Bulletin de l'Académie de médecine, 1892, p. 1112.

(3) Stromeyer-Little et Ayme. — Note sur le traitement des abcès du foie à l'hôpital de Shang-haï. Arch. méd. nav., déc. 1880

de la ponction aspiratrice. Puis à se servir de l'aiguille comme conducteur pour ouvrir très largement l'abcès avec le bistouri, vider sa cavité de tout ce qu'elle renferme, et prévenir les accidents consécutifs, par les injections antiseptiques, le drainage et le pansement de Lister.

Ceux qui se sont intéressés à ce procédé, que l'on croyait inédit, et qui eut par suite des circonstances une grande publicité, ne remarqueront pas sans étonnement la parfaite similitude du modus faciendi de Henderson, et de celui que nous avons pris ici, fort à la légère, l'habitude d'appeler le *procédé de Stromeyer-Little*.

Rien ne manque à la comparaison : Insouciance des adhérences, ponction exploratrice préalable, ouverture au bistouri sur le trajet du trocart, dilatation de la plaie avec une pince à pansement (comme Bontius (1) au XVIIme siècle), drainage, méthode antiseptique rigoureuse. Aussi en écrivant l'histoire de la prétendue méthode de Little, qui à défaut d'une véritable création, est au moins un assemblage de manœuvres rationnelles bien combinées, et suffisamment chirurgicales, nous sommes-nous demandé s'il n'y avait pas là une légende, que la reconnaissance de notre excellent camarade le Dr Ayme aurait consacrée, en reportant tout le mérite de ces excellentes innovations sur son heureux opérateur, le Dr Stromeyer Little ?

M. Henderson ou M. Macleod n'auraient-ils pas comme auteurs de cette méthode une part aussi grande que celle de Little ? et d'autres médecins de Shanghaï n'auraient-ils rien à revendiquer dans ces perfectionnements, qui, loin d'appartenir à un seul, seraient ainsi le résultat graduel des efforts de toute une génération médicale ?

Si l'on réduisait le débat à question de priorité entre MM. Henderson et Little, il faudrait strictement l'attribuer à Henderson, qui a publié le premier, en 1878, l'exposé de cette méthode, et qui y est revenu en 1882 (2), sans provoquer de réclamation de la part de Little.

Nous sommes du reste confirmés dans cette manière de voir par la lecture attentive du mémoire de MM. Ayme et Little, où il est dit

(1) J. Bontius. — Méthodus medendi etc.... Cap. VIII... deinde, parvo foramine par scalpellum in ipso secto, *per id immitatur instrumentum argenteum concavum* quali utentur in sectionibus calculi lithotomi; *dein satis late vulnus dilatandum.*

(2) Ed. Henderson municipal surgeon Shanghaï. Tropical abcess of the liver.... Lancet 1882. Tome I. p. 643.

que sur 23 abcès du foie traités depuis quelques années à l'hôpital de Shang-haï, 20 ayant été opérés par d'anciennes méthodes et ayant donné 19 morts, les 3 derniers seulement furent traités par un procédé nouveau qui assura le succès.

Or ces trois derniers cas sont précisément les trois observations publiées dans ce mémoire et dont nous connaissons les dates.

La plus ancienne des trois opérations remonte au 5 nov. 1879.

Le Dr Ayme dit en effet (Arch. méd. nav. 1880, p. 522) : L'obs. I est ma propre observation. J'étais peu disposé à accepter une intervention chirurgicale qui, dans la plupart des cas, avec les anciens procédés, semblait précipiter la terminaison fatale. Ce n'est donc qu'à la dernière période, quand j'étais arrivé au dernier degré du marasme, après avoir constaté moi-même les résultats de l'opération chez le malade n° II (opéré le 5 nov. 1879), et avoir vu opérer un troisième malade dont je crois devoir donner plus loin l'obs. succincte, que je me suis résigné à une opération radicale. » Il est bien évident que le troisième malade dont M. Ayme rapporte l'observation et qui fut « opéré, dit-il, en ma présence, avec l'aide du Dr Little « par un autre chirurgien de Shang haï », il est bien évident, disons-nous, que ce troisième cas, à peine postérieur au deuxième, date de la même époque et sans doute du même mois puisque M. Ayme fut opéré le 17 nov. Il résulte manifestement de tout cela que la première opération accomplie et publiée par Henderson et Macleod, est antérieure de 18 mois à la première de celles que Little déclare avoir faites suivant la méthode nouvelle. Il ne reste donc rien de la priorité de M. Little.

Rendons du reste cette justice à cet habile chirurgien, que nulle part pas plus que M. Henderson, il n'a élevé de prétentions quelconques au sujet d'une soi-disant invention nouvelle, dont nous lui avons bénévolement attribué la gloire.

Il nous est démontré par ailleurs qu'à Shanghaï la prétendue méthode de Little existait dès longtemps et bien avant que les Drs Henderson et Little aient cherché à en tirer parti. C'est du moins ce qui ressort bien nettement pour nous de correspondances privées, très dignes de foi, et de nombreux témoignages, plusieurs de nos camarades de la marine nous ayant rapporté de Shanghaï des impressions et des renseignements personnels, qui suffisent à nous faire une conviction.

La méthode de Shanghaï, formule rajeunie et plus parfaite de celle de Dutroulau, résulte de l'effort de plusieurs chirurgiens qui, possédant un bagage scientifique analogue, et armés de la

même façon vis-à-vis d'un ennemi qu'ils rencontraient fréquemment, se trouvent avoir en même temps perfectionné leur tactique, et mis à profit les récents progrès de la chirurgie. La ponction exploratrice de Récamier et de Murray, l'aspiration de Dieulafoy, l'antisepsie Listérienne, sont les principaux éléments qui constituent une manière de faire nouvelle, ne répondant pas sans doute à tous les *desiderata* de la chirurgie contemporaine, mais très supérieure cependant aux pratiques en vigueur jusqu'à cette époque.

Nous sommes arrivés à la fin de cet historique de la chirurgie anglaise dans l'Extrême-Orient. Quelques travaux plus récents encore, publiés en langue anglaise, méritent d'être réservés pour l'exposé de l'état de cette question chirurgicale à la période actuelle.

Nous pouvons constater que si les médecins de l'Asie anglaise semblent être revenus au point de départ, en employant aujourd'hui l'incision pure et simple que préconisait notre Académie de Chirurgie il y a plus de cent ans, ils ont du moins poussé généralement ce traitement dans la voie du progrès, en abandonnant les méthodes de cautérisation, en rejetant après expérience les simples ponctions évacuatrices, en étudiant avec le plus grand soin les indications, en faisant un diagnostic hâtif et précis, en utilisant à propos la ponction exploratrice, le drainage, les injections détersives. Ils ont ainsi constitué un ensemble de manœuvres bien combinées, rendues efficaces par l'antisepsie, et dont la dernière formule très répandue en Europe aujourd'hui mérite bien le nom que nous lui avons donné de méthode de Shanghaï.

E. — Médecins du Levant (Egypte, Grèce, Asie mineure)

L'hépatite suppurée a toujours été fréquente dans le Levant. La médecine antique l'y avait observée. C'est en Egypte que le baron Larrey recueillit les éléments de ses cliniques sur ce sujet, et les médecins de ces contrées ont depuis 25 ans, apporté une sérieuse contribution à la thérapeutique des abcès du foie.

Ce sont d'abord des données statistiques qui nous sont fournies par De Castro (1) en 1870, et qui montrent par des chiffres importants que l'ouverture de l'abcès par la ponction, couramment pratiquée, dans les hôpitaux d'Alexandrie, y avait abaissé la

(1) De Castro. — Abcès du foie traités par la ponction. Union médicale. 1870.

mortalité de 75 °/. à 48 °/. Ce chirurgien opérait le plus tôt possible et employait un gros trocart à robinet, afin d'obtenir une évacuation lente et intermittente, et d'éviter les hémorrgagies *ex vacuo.*

Une pratique analogue était aussi employée par Sachs (1) du Caire, dont nous ne connaissons en France l'ouvrage, que par l'analyse et les commentaires savants qu'en a donnés notre très distingué collègue de la marine Néerlandaise Van Leent (2). Sachs avait adopté presque exclusivement, au moins pour les grands abcès, le procédé de la double ponction préconisé par Simon pour les kystes hydatites. Il obtenait ainsi un bon nombre de succès (8 guéris sur 21 opérés).

Mais un progrès bien plus considérable a été réalisé par Zancarol (3), qui, dans une communication au Congrès des médecins grecs en 1887, a fait connaître comment il avait modifié et amélioré l'incision large, qui a repris faveur depuis l'opération de Stromeyer-Little. Le médecin grec va beaucoup plus loin dans cette voie que les anglais de Shanghaï, et même que les français qui n'avaient pas abandonné la grande incision de l'Académie de chirurgie (incision de 4 pouces de Campet). Il cherche à obtenir une ouverture assez vaste, pour être à même d'explorer toute la face interne de la cavité, et enlever jusqu'à la dernière goutte de pus par une toilette minutieuse de l'abcès. Cette opération se divise en trois temps. — 1er temps. — Exploration de l'abcès par une ou plusieurs ponctions au trocart explorateur.

— 2me temps. — Ouverture de l'abcès au thermo-cautère de manière à avoir une incision assez dilatable pour que l'on puisse avec des écarteurs inspecter toute la cavité de l'abcès. Au lobe droit on est obligé de réséquer une ou deux côtes sur une longueur de 6 à 7 centimètres.

— 3me temps. — Toilette de l'abcès : De forts écarteurs maintenant pendant tout le temps les parois de l'abcès contre les parois du péritoine, on fait passer un courant d'eau distillée tiède, jusqu'à ce qu'elle ressorte claire, en détachant avec *le doigt ou l'éponge* les

(1) Sachs. — Ueber de Hepatitis der heissen Ländor, die darnach sich entwickelnden Leber-Abscesse, und dere Operative Behandlung, von Dr Sachs in Caïro (ans v. Langenbeck's, archiv. für Klinische chirurgie. bd. XIX).

(2) Van Leent. — Analyse du traité du Dr Sachs du Caire, in Arch. méd. nav. 1878.

(3) Zancarol, d'Alexandrie. — Congrès des médecins grecs. In semaine méd., 25 mai 1887.

caillots de pus adhérents, et les parties sphacélées; on s'assure de visu des progrès et de l'achèvement de ce nettoyage.

Nous n'hésitons pas à déclarer que cette pratique est de beaucoup supérieure à toutes celles qui se sont partagé la faveur des chirurgiens dans ces dernières années. Nous y voyons cependant quelques inconvénients de détail, tels que l'emploi constant du thermo-cautère, la toilette de l'abcès avec le doigt et l'éponge, moyens insuffisants suivant nous. La méthode que nous avons adoptée depuis quelques années, et qui se rapproche à bien des points de vue de celle de Zancarol, nous paraît mettre tout à fait l'opération des abcès du foie au courant des derniers progrès de la chirurgie abdominale.

Signalons pour terminer les travaux du Dr Hache, professeur a Beyrouth, et qui a opéré plusieurs abcès du foie avec succès (1).

F. — Etat actuel de la science

A l'heure où nous écrivons il se fait, sur le traitement chirurgical des abcès du foie, un débat qui doit être définitif. Quand une maladie, quelque complexe qu'elle soit, a été largement étudiée dans ses divers aspects, quand on a réussi à en éclairer les conditions pathogéniques, à en analyser les lésions anatomiques plus ou moins réparables, à en prévoir l'évolution, et à apprécier les *aleas* que font courir les autres altérations organiques connexes, quand par ailleurs les progrès de l'art chirurgical offrent pour cette maladie l'énorme bénéfice dont profitent depuis quelque temps toutes les affections opérables de l'abdomen, le moment d'en fixer le traitement opératoire dans une formule durable est à peu près venu. Pour les abcès du foie nous croyons être à ce moment.

En effet, à propos du grand nombre de faits qui ont été soumis depuis 10 ans aux sociétés savantes, il n'y a plus que des discussions de détails; mais la nécessité d'opérer, et d'opérer largement, est acceptée de tous. Les grandes lignes de l'intervention sont dès maintenant arrêtées. Il n'est actuellement pas un chirurgien qui combatte l'incision large et antiseptique; presque tous la veulent hâtive; presque aucun n'attend la formation des adhérences.

Les points qui restent en discussion ont trait au lieu d'élection suivant les divers sièges des abcès opérables, et l'on a ainsi des

(1) Hache. — Académie de médecine, 22 juillet 1890.

incisions intercostales ou subcostales. Les premières, souvent trop étroites, impliquent presque toujours une résection de côté. Ainsi que Zancarol, et plusieurs autres, nous regardons cette résection comme une nécessité et nous avons eu la satisfaction de la voir acceptée par divers chirurgiens distingués et notamment par M. Pozzi dans une récente discussion que nous avons soulevée à la Société de chirurgie (1).

Dans d'autres cas c'est le bord inférieur du thorax qu'on a dû réséquer en masse, afin de se créer une voie large, ainsi que M. Lannelongue l'a imaginé (2).

Un autre point qui soulève encore des discussions, et qui à notre avis n'est pas complètement élucidé, est relatif à la conduite à tenir quand on a opéré par la voie transpleurale. Faut-il fermer la plèvre par une suture comme l'a indiqué Terrier (3) et comme nous le faisons nous-mêmes depuis quelques années ? Des communications intéressantes ont été faites sur ce sujet à propos des kystes du foie par MM. Segond et Maunoury au Congrès de chirurgie (4). Faut-il enfin suturer le foie lui-même à la paroi abdominale? L'ancienne suture de Horner presque absolument condamnée a été reprise dans ces derniers temps par quelques-uns. Combattue par M. Chauvel, elle a été défendue par MM. Périer et Pérot (5).

Enfin parmi les détails d'exécution lès plus discutés sont ceux qui ont trait aux lavages antiseptiques, au tamponnement de l'abcès (Pozzi), à la toilette de la cavité (Zancarol), au curetage proprement dit (Fontan) ; nous reviendrons sur les avantages que présentent ces diverses manœuvres, et sur les objections qu'elles soulèvent.

Contentons-nous pour le moment de constater que l'accord est fait sur la nécessité d'opérer, dès qu'une ponction exploratrice a fait connaître la présence du pus, et sur l'avantage des grandes incisions faites directement au bistouri. Les chirurgiens anglais (6), comme les allemands (7), se sont prononcés dans le même sens.

(1) Société de chirurgie. 23 déc. 1891.

(2) Cannict. — Résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. Thèse Paris, 1891.

(3). Terrier in Dagron. — Bulletin Soc. anatomique, 1890.

(4) Congrès Français de chirurgie, 1888. — M. Segond, p. 529. — M. Maunoury, p. 538.

(5) Société de chirurgie, 7 janvier 1891.

(6) Roughthon. — Soc. Harvéienne de Londres, 1891.

(7) W. Karte. — Berlin. Klin. Wockens, n° 32. Août 1892.

La chirurgie contemporaine, en reprenant ainsi, avec les ressources dont elle dispose, la grande incision du siècle dernier, a classé l'ouverture du foie suppuré à côté des autres laparotomies, exécutées pour suppuration profonde de l'abdomen.

§ 2

Indications de l'ouverture chirurgicale

Nous avons déclaré comme conclusion à notre étude historique que, pour les chirurgiens de l'heure présente, la constatation du pus dans le foie suffit à poser l'indication opératoire. Autrefois, on attendait que le pus approchât de la paroi, qu'il fît voussure, qu'il provoquât de l'œdème, de la rougeur, de la fluctuation, des adhérences ; aujourd'hui le foie est devenu comme l'ovaire, comme le cerveau, un organe accessible d'où le pus doit être extrait dès qu'il y est constaté. La règle d'évacuer une suppuration hépatique est aussi absolue que celle qui nous oblige à ouvrir un panaris.

Mais il ne faut pas croire que cette règle ait sa raison d'être uniquement dans l'analogie, qui guide la main des chirurgiens modernes, d'une suppuration vers une autre suppuration, c'est le raisonnement qui légitime ces premières tentatives, et la statistique qui les consacre. Voyons donc d'abord ce que valent les arguments à priori :

Les partisans de l'expectation absolue ont toujours été rares ; toutefois, on trouve la pensée des abstentionnistes exprimée surtout par Mac Lean (1). « La guérison des abcès du foie se fait ordinairement par les voies naturelles, surtout par les bronches et l'intestin ; dans ces cas le pus n'est pas putride, il ne se forme pas de gangrène dans le foyer de l'abcès, et l'écoulement se faisant peu à peu permet le comblement graduel de la poche par du tissu nouveau. Au contraire, l'incision de l'abcès amène la putridité du pus, la gangrène de la poche et l'épuisement du malade. »

Il est facile de répondre que malheureusement une ouverture spontanée favorable est chose rare, que l'issue par les poumons et l'intestin ne forme que 12 pour 100 des abcès du foie, et que ces 12 cas ne sont pas assurés de guérir ; il est facile de dire encore à l'heure actuelle que l'argument de la putridité du pus et de la

(1) Mac Lean. — Indical Lancet, 1885.

gangrène des parois ne peut plus être mis en avant avec les ouvertures larges et l'antisepsie.

Mais aurait-on dans les moyens médicaux des ressources suffisantes et plus inoffensives que les diverses opérations dont nous nous occupons ? En vérité, si l'abcès est constitué dans le parenchyme hépatique, qui croira que la révulsion cutanée ou la dérivation intestinale, ou même les sangsues, puissent avoir quelque prise sur le foyer purulent. Les cas, rares d'ailleurs, où l'abcès devient caséeux et guérit sans être ouvert en aucun point, doivent-ils quelque chose aux méthodes médicales ? Certes non, car ces cas-là ne consistent que dans quelques trouvailles d'autopsie et les hommes qui avaient ces abcès caséeux avaient pu les porter sans s'en douter. Des abcès qui s'affirment et que l'on traite n'arrivent guère à la caséification ou à la résorption ; nous n'avons du moins jamais vu de faits semblables, et quelques exemples mentionnés dans les auteurs ne suffisent pas à entraîner notre conviction.

Nous attendons encore que l'expectation montre ses succès. Quant à l'intervention, les siens sont incontestables. Nous ne citerons encore aucun chiffre, mais quel est le chirurgien ayant vu ou traité lui-même quelques hépatites suppurées qui n'ait été témoin de faits absolument démonstratifs, comme par exemple de malades arrachés à une mort prochaine et inévitable, par une opération faite à propos ?

Du reste nous pensons que l'accord est fait à l'heure actuelle là-dessus, et si quelques chirurgiens étaient encore autorisés à douter il y a 15 à 20 ans, aujourd'hui que la putridité du pus ne peut pas résulter d'une opération antiseptique, il ne s'élèvera pas une voix contre notre formule : *le pus doit être extrait du foie dès qu'il y est constaté.*

Mais cette formule s'appuie plus encore sur les résultats de la pratique que sur des raisonnements.

Un certain nombre de statistiques ont été publiées depuis cinquante ans, et elles sont démonstratives.

Cependant il faut remarquer que toutes celles qui sont composées de faits antérieurs à l'antiseptie, ou qui admettent ces faits-là à côté d'observations plus modernes, ont pour nous une valeur bien moins grande que les relevés ne portant que sur des cas traités depuis une quinzaine d'années.

D'autres statistiques sont passibles d'un autre reproche : elles mettent en face des cas opérés, les cas ouverts spontanément dans diverses cavités, mais ne tiennent pas compte du chiffre brut

d'abcès du foie diagnostiqués, seule manière rationnelle de comparer les résultats de l'abstention, et ceux de l'ouverture chirurgicale. Enfin certains documents prennent comme chiffre total des abcès du foie, les entrées à l'hôpital avec la rubrique *hépatite*; on court risque dans ces conditions de créer une série très favorable à l'abstention, parce que beaucoup des hépatites entrées dans un hôpital en ressortent guéries ou non, sans avoir été opérées ni même positivement diagnostiquées.

Le lecteur saura faire la part de toutes ces imperfections et tirera cependant profit de documents que nous ne voulons pas récuser, pas plus que nous ne pouvons les corriger.

Madras. — Dans le « Résumé de tous les cas valables, etc. » du Madras Quarteley méd. journal de 1844, que nous avons plusieurs fois cité, et dans 3 autres articles de cette publication parus de 1840 à 1843, on rapporte 78 observations d'abcès opérés.

La ponction évacuatrice donna 17 guérisons et 57 morts; le bistouri employé 3 fois seulement, fournit 3 décès.

Le seton après ponction au bistouri procura une guérison, soit en tout 60 morts et 18 guérisons (soit 23 guérisons °/₀).

Bien entendu il n'y avait aucune précaution ressemblant à l'antisepsie; la ponction était faite avec un fort trocart presque toujours à la suite d'une ponction exploratrice favorable, on plaçait des tentes dans les trous quand ils menaçaient de s'oblitérer trop vite. Quelquefois l'ouverture fut pratiquée en deux temps, une simple incision à la paroi étant faite le premier jour, et la ponction n'atteignant le parenchyme que trois ou quatre jours après.

Cette statistique prouve combien les chirurgiens anglais de la province de Madras, qui avaient si bien étudié les abcès du foie, qui recherchaient le pus par le trocart explorateur dès qu'ils le soupçonnaient et qui opéraient avec une louable décision, combien ces chirurgiens, disons-nous, obtenaient somme toute des résultats médiocres par la ponction évacuatrice.

Stovell. — Pour la période de 1846 à 1856, dans la province de Bombay, Stovell (1), complétant des tableaux déjà donnés dans un travail antérieur, nous apprend que, pendant ces dix ans, il y eut 443 entrées pour hépatite. Sur ce total, 28 abcès seulement, qu'on remarque ce chiffre minime, furent ouverts ou évacuèrent leur contenu dans une cavité voisine. On ne nous dit pas ce que

(1) Stovell. — Statistics, etc... in transactions of med. and phys. Society of Bombay niew series n° III, 1857.

devinrent les 415 hépatites où le pus ne fut pas vu? Combien y eut-il là en définitive de suppurations hépatiques réelles?

Quoiqu'il en soit, sur ces 28 abcès, 8 furent ouverts par le chirurgien (et probablement par ponction) et causèrent 7 morts. La proportion des guérisons, 12 °/₀, est ici bien plus faible que dans la statistique de Madras, 28 °/₀.

Rouis. — Rouis, sans chercher à appuyer sur des chiffres l'utilité de l'opération, fournit un renseignement indirect précieux. Sur 201 cas d'hépatite, il enregistre 39 guérisons. Tous les autres cas, au nombre de 113, furent suivis de mort, l'abcès étant demeuré inclus dans le foie. Les 39 guérisons se répartissent en 17 opérés guéris (sur 34), et 22 guérisons par évacuations spontanées dans les bronches ou l'intestin.

Il est remarquable que dans cette statistique, tout abcès qui est resté non évacué a tué le malade, et l'opération a, tout comme les ouvertures spontanées, procuré une guérison sur 2 cas (soit 50 °/₀). On pourrait donc, d'après cela, sauver encore la moitié des hépatiques que l'abstention laisse mourir.

De Castro. — Les médecins d'Egypte ont publié en 1870 un relevé intéressant des faits d'hépatite qui s'étaient présentés en 1866 dans les hôpitaux d'Alexandrie, on y voit que la mortalité est plus grande pour les grands abcès que pour les petits. En confondant ces deux catégories, qui ne méritent pas en somme d'être rendues distinctes, on trouve que les abcès non opérés fournissent 80 décès pour 100, et les opérés seulement 32 (soit 68 guérisons °/₀). Voilà certes des chiffres bien favorables à l'opération, surtout en considérant que ces résultats sont antérieurs à la véritable antisepsie.

En outre Castro (1), publiant ces documents, confirme encore les bienfaits de l'intervention, en affirmant que la ponction couramment pratiquée dans les hôpitaux d'Alexandrie y a réduit la mortalité totale de 75 °/₀ à 48 °/₀. — Sachs donne des résultats analogues.

C'est exactement la conclusion de Rouis : l'opération sauverait la moitié des hépatiques que l'abstention laisse mourir.

Ferron. — Parmi les statistiques plus récentes et qui ne tiennent compte que des cas traités par l'incision large et antiseptique, nous signalerons celle du Dr Ferron (2), médecin principal de l'armée.

(1) Castro. — Union médicale, 1870.

(2) Ferron. — Statistique des abcès du foie traités par l'hépatotomie antiseptique. In gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux, 1887.

Ce chirurgien distingué publie l'indication de 47 cas qui fournirent dix décès, il remarqua même, pour atténuer la léthalité des abcès uniques, que sur ces dix décès, cinq fois les abcès étaient multiples. Comme on ne peut pas soutenir que sur ces 47 observations, l'abcès n'ait été multiple que cinq fois, il faut forcément admettre que les abcès multiples sont eux-mêmes curables dans un certain nombre de cas. Du reste nous reviendrons sur ce point particulier.

Bertrand. — L'un de nous publia peu après un relevé statistique des abcès opérés dans les hôpitaux de Toulon de 1882 à 1889 (1).

Cette table fournit six guérisons sur quatorze opérés, soit 42 %. Nous allons du reste reprendre cette statistique un peu plus loin et la rendre intégrale par l'addition des cas qui ont pu être omis ou qui se sont présentés depuis dans nos deux hôpitaux maritimes.

Boinet. — Au Congrès de Marseille de 1891, Boinet affirme que la méthode de Little a donné, sur 78 opérations, 60 guérisons et 18 morts, soit 76 guérisons pour 100.

Nouvelle-Calédonie. — En Nouvelle-Calédonie nous avons aussi une statistique intégrale, ou à peu prés, due à Legrand (2), et qui embrasse la période de 1869 à 1890. Cette statistique comprend des abcès restés inclus et vérifiés à l'autopsie, des abcès évacués par les bronches et l'intestin, des abcès ponctionnés, et enfin ceux des dernières années opérés par les méthodes nouvelles. Avant de fournir les chiffres de M. Legrand, disons que nous rangeons sous le nom de méthodes nouvelles, tous les procédés d'ouverture large avec antisepsie, l'opération eut-elle été précédée de ponction évacuatrice ou même d'application de caustique. Nous pensons, en effet, que tout ce qui est simple ponction évacuatrice, et absence d'antisepsie mérite d'être classé dans les procédés anciens (3), tandis que l'innovation qui change les résultats opératoires consiste dans le double fait d'un large écoulement assuré et des soins antiseptiques.

Or, Legrand nous apprend que 133 abcès ont été observés dans cette colonie, et ont fourni 109 morts et vingt-quatre guérisons ; soit une mortalité de 82 %; tandis que la mortalité des cas non opérés est à peu près de 90 %. Pour juger de la diminution de la

(1) Bertrand. — Revue de Chirurgie. Août 1890.

(2) Legrand. — Hépatite suppurative et abcès du foie en Nouvelle-Calédonie. Statistiques. Arch. méd. nav. 1891, p. 343.

(3) C'est à l'aide de ces procédés que l'un de nous traita en Nouvelle-Calédonie, en 1878-79, 5 abcès de foie avec un seul succès.

léthalité amenée par les méthodes nouvelles, il faut diviser cette statistique en deux groupes. Dans le premier nous trouvons qu'avec les méthodes anciennes (qui ont guéri 2 opérés sur 9, ou 21 °/₀), la mortalité d'ensemble était de 92 °/₀.

Avec les méthodes nouvelles (qui ont donné 13 guérisons sur 31 opérations, soit 41 °/₀), la mortalité totale s'est abaissée à 70 °/₀.

Shanghaï. — Les hôpitaux de Shanghaï ayant depuis quelques années pris dans notre littérature une part peut-être exagérée au point de vue du traitement des abcès du foie, nous nous sommes procuré à Shanghaï même, à une source absolument sûre, des renseignements positifs sur cette pratique hospitalière et nous avons été quelque peu surpris d'y trouver un si petit nombre d'hépatites suppurées et un si grand nombre de décès.

Rappelons d'abord que MM. Little et Ayme (1879), rapportent que jusqu'à l'époque de leur travail commun, sur 23 abcès du foie traités à l'hôpital de Shanghaï, 20 abcès ouverts par d'anciennes méthodes donnèrent 19 morts et une guérison ; les 3 autres succès datent de 1879 et sont dus à la méthode nouvelle.

Il faut y ajouter le cas heureux de Henderson (1878).

La statistique de Shanghaï complétée par nos renseignements pourra donc être ainsi formulée :

jusqu'en 1879	20 abcès opérés p. ancienne méthode		19 morts	1 guéri
	4 abcès opérés p. nouvelle méthode		0 mort	4 guéris
en 1880	3 cas opérés	»	3 morts	»
en 1881	1 »	»	1 mort	»
en 1882	Néant	»	»	»
en 1883	2 cas opérés	»	2 morts	»
en 1884	1 »	»	1 mort	»
en 1885	4 »	»	3 morts	1 guéri
en 1886	1 »	»	1 mort	»
en 1887	2 »	»	1 mort	1 guéri
en 1888 (1)	2 »	»	2 morts	»

Soit au total : 20 opérations (nouvelle méthode) ; 14 morts, 6 guéris (30 °/₀).

Ainsi, la mortalité générale de l'hépatite suppurée, qui était à Shanghaï de 95 °/₀ par la ponction, est réduite à 70 °/₀, depuis qu'on y opère suivant les nouvelles formules : maigre profit pour tant de gloire ! Et c'est pourtant aux trois succès si retentissants de l'année 1879, que le traitement de l'hépatite suppurée dut de faire un grand pas dans le chemin du progrès. Le patronage de notre éminent maître, M. Rochard, n'est pas pour rien, il est vrai, dans cette fortune.

(1) Deux autres moururent avant l'opération.

RELEVÉ STATISTIQUE

DES ABCÈS DU FOIE OPÉRÉS PAR L'INCISION ANTISEPTIQUE

ANNÉES	NOM de l'opéré	LIEU de l'opération	MEDECIN traitant	RÉSULTAT	INDICATION bibliographique	OBSERVATIONS
1872	Espagnol	Saïgon	Vauvray	guéri	Inédite. — Voir la relation. — Obs. LXXXIII	Caustique : puis ponction aspiratrice et incision au bistouri, lavages et pansements phéniqués.
1874	X. de Calcutta	Seens-Hospital	Ralfe	mort	Ralfe. — Méd. Times and Gazette 1874, p. 686 (Th. de Caravias).	Incision au bistouri, drain, lavages à l'eau phéniquée. — Mort par pleurésie au bout de 3 mois.
1876	J. H.	Arquitra Pérou	Dikson-Hunter	guéri	Dikson Hunter Pratictionner, oct. 1876, p. 269.	Incision au bistouri, drainage-antisepsie, guéri en un mois.
1877	D. S.	Bombay	Barker	guéri	Barker. — Bombay médical-service Lancet, 16 sept 1882, p. 468.	Incision, drainage, pansement phéniqué, guéri en 2 mois 1/2.
1878	Besson	St-Mandrier	?	mort	Inédit.	

1878	A.	Madras	Farnell	guérison	Farnell. — Madras hospital. Lancet, 21 mai 1881.	Incision et pansement antiseptique.
1879	Garçon de 12 ans.	Philadelphie	?	guérison	Phil. Méd. Times, 29 mars 1879.	Incision, pansement antiseptique.
1879	A... Paul	Shang-Haï	S. Little	guérison	Note sur le traitement des abcès du foie à l'hôpit. de Shang-Haï (S. Little et Ayme. — Arch. méd. nav. 1880)	
1879	C. Anesi	id.	id.	id.	Id.	
1879	B....	id.	id.	id.	Id.	
1879	W. M., négoct.	id.	Neil Macleod (S. Little assistant)	mort	British med. journ. 27 Nov. 1880. Obs. XI de la thèse de Caravias. Paris, 1885.	
1880	Soldat	Nouméa	Vauvray	mort	Legrand. — Arch. méd. nav 1891.	2 ponctions, incision et lavages antiseptiques.
1880	A. B. américain	id.	Henderson	guérison	Lancet, 22 avril 1882. — Obs. XXI de Caravias.	
1880	E. F. H.	Inde	Furnell	guéri	Furnell. — Madras hospital-Lancett. Lancet, 1881, mai.	

ANNÉES	NOM de l'opéré	LIEU de l'opération	MÉDECIN traitant	RÉSULTAT	INDICATION bibliographique	OBSERVATIONS
1880	Major J. G.	Londres	Adams Peyrer et Dickinson	mort	S. J. Fayrer. Path. Soct. of London 1881, vol. 32, p. 110. Obs. XVII de Caravias.	
1880	Win B.	Guys'hospital	Pavy	guérison	Méd. times and gazette, 28 août 1880, p. 241. Ob. X (résumée) de Caravias.	
1880	Malade de 32 ans.	New-York hospital	W. Mendelson	id.	The Americ. journ. obs. méd. sciences, juillet 1881, Union méd. 1881, p. 628 Obs. XVIII de Caravias.	Abcès du foie avec empyème.
1880	S. A.	Philippeville	Richard	id.	Etude d'un nouveau mode de traitem. des abcès du foie. Rec. de méd. milit. IVe série, t. 37, p. 90.	Méthode bâtarde, ponction, incision en 2 temps, suture, etc.
1880	Lieut. W.	Londres	Lister	id.	Fayrer. — Liver abscess and antiseptic paracentésis. Lancet, vol. 3, p. 633.	
1881	G. N. Suisse	Shang-Haï ou Chefoo	Ed. Henderson	mort	A case of liver abscess. Lancet, 1883, t. II, p. 95. Obs. XXVIII de Caravias.	
1882	Félix R...	Cherbourg	Sollaud	guérison	Arch. de méd. nav., 1882.	
1882	Dumas	St-Denis (Réunion)	?	mort	Note sur le traitement et le diag. des abcès du foie. *Mittre*, Th. de Lyon, 1887.	2 abcès opérés.

1882	Gauthier	St-Mandrier	Forné	guéri	Des ouvertures des abcès du foie. Rousse. Th. Montpellier, 1883.	
1882	Jeune fille de 18 ans	Cannes	Bernard	id.	Rochard. — Communication à l'Ac. de méd., 30 oct. 1882.	
1882	Algérien de 30 ans	Philippeville	Bouchez	mort	Communication de Villemin à l'Ac. de méd., 24 oct. 1882.	Enorme caverne hépatique, péritonite.
1882	T. C.	St-Thomas hospital	G. Güllíver	guéri	Case of trop. cal. abscess., etc. Lancet, 1883, t. I, p. 498. Obs. XXVII de Caravias.	Pas d'injections. Résection de la côte.
1882	R.	Paris	Bouilly	id.	Caravias.— Traitement des collections purulentes du foie, etc. Th. Paris, 1885.	
1882	M. Z. B.	St-Denis	?	mort	Thèse cit. de Mittre.	
1882	Femme G.	Berlin	Kansohoff	guéri	Kansohoff.—Berliner Klin. Wochenskrift. 1882, p. 601.	
1882	Libéré	N[lle]-Calédonie	?	mort	Legrand. — Hépatite suppurale et abcès du foie en Nouvelle-Calédonie. Arch. méd. nav., 1891.	Mort 38 jours après; 1 seul abcès.
1883	Sergent	Nouméa	Vauvray	id.	Id.	2 Ponctions, Little; lavages phéniqués. Autopsie : 2 abcès.

ANNÉES	NOM de l'opéré	LIEU de l'opération	MÉDECIN traitant	RÉSULTAT	INDICATION bibliographique	OBSERVATIONS
1883	Soldat	Nouméa	Brassac	guéri	Legrand.— Hépatite suppurale et abcès du foie en Nouvelle-Calédonie. Arch. méd. nav., 1891.	
1883	H. H.	Seemen's hospital Greenwich	Carrington et J. Smith	id.	Tropical abscess of liver. Lancet, 1883, t. I, p. 587. Obs. XXIX de Caravias.	Large incision. drainage, pas de lavage, pus odorant.
1883	Pactote	St-Mandrier et Rochefort	Forné	id.	Des div. méth. de trait. des abcès du foie. Long. Th. Montp. 1884.	
1884	id.		B. Benoit	mort		Guéri de la première opération, est mort de diphthérie 6 semaines après la deuxième opération.
1883	P. F., lancier	Umballa (Indes)	Mittiward	guéri	Brit. Méd. Journ., 7 juin 1884, p. 1087.	
1883	F. Edmond	St-Pierre (Martinique)	?	id.	De l'hép. supp. des pays chauds, etc. Kiou-Kérangal. Th. Montp., 1884.	
1883	B., cocher	id.	Arnaud	id.		
1883	Cacouleté Gaudée	Bourbon	Mac Auliffe	id.	Mittre, th. cit.	
						Malgré incision, le pus avait

1884	Transportés	N^{lle} Calédonie	?	guéri	... et abcès du foie en N^{lle}-Calédonie. — Arch. méd. nav., nov. 1891.	Bistouri après caustique, traitement antiseptique, lavages.
1884	M. L.	Montpellier et Toulon	? Merlin	guéri	Thèse de Long. Montp. 1884.	
1884	Espagnol de 32 ans	Vichy	Bouilly	mort	Caravias. th. cit.	Mort de pneumonie, 40 jours après l'opération.
1884	M. B.	Nouméa	Gillet	guéri	Michel. — Abcès du foie traité par la méth. de Little. — Arch. méd. nav., 1885, p. 313.	
1884	Georges P.	Inghaïn informery	Crisp	id.	W. Ridley. — Bul. méd journ. 7 mars 1885, p. 485.	
1884	E.	St-Mandrier	Gueit et Merlin	id.	Long. th. cit.	Opéré deux fois.
1884	François	id.	?	id.	Inédit.	
1884	Lagrave	id.	?	id.		
1885	Galtier	Haidzuong	Martin Dupont	id.	M. Dupont. — Abcès du foie ouvert par la méth. de Little. Arch. méd. nav., 1885, t. 42, p. 73.	
1885	X. blanchisseur	Hôp. Necker Paris	Kermisson	mort	Th. Caravias. Obs. XXXVII.	Abcès traumatiques, laparotomie, suture du foie, mort de pyohémie.

ANNÉES	NOM de l'opéré	LIEU de l'opération	MÉDECIN traitant	RÉSULTAT	INDICATION bibliographique	OBSERVATIONS
1885	Duff...,Emile	Hôtel-Dieu	Bouilly	guéri	Th. Caravias. Obs. XXXVIII.	
1885	Eug. Gal...	Ibid.	id.	id.	Ibid. Obs. XL.	
1885	Hyapin	Bourbon	?	id.	Th. de Mittre.	
1885 ou 1886	Le Gallet	Thuan-an	Duliscouët	mort	Bellot. — Note sur les abcès du foie obs. aux pays chauds. Th. Bordeaux, 1886.	2 abcès ; le plus volumineux non atteint par le bistouri.
1885	Paol François	Basse-Terre Guadeloupe	Bremaud	id.	Gauran. — Contribut. à l'ét. de l'hép. supp. Th. Bordeaux, 1886.	Mort pendant l'opération.
1885	A. Ben M. babey	Galsa (Tunisie)	Cliquet	guéri	Arch. de méd. milit., 1886, t. VII, p. 299.	Pas d'injection. Cholerrhagie.
1885	Mulâtresse	Alger	Pommay	id.	Obs. d'abcès du foie traités par ponct. et incision, ibid., 1886.	
1885	Frédérick W.	Seamen's hosp. Greenwick	Carnow et Johnson Smith	id.	Three hepatic abscess operations recovery. Lancet, 1886. t. VII, p. 305.	3 abcès opérés.
[illegible]	P. Enseigne de	..			Traitement d'un abcès vol. du	

1885	Infᵉ de Marine	Bordeaux	et Coustan	guéri	septique. Ferron, gaz. heb. de Bordeaux, 1887, p. 95, 109, etc.	
1885	M. E.	Val-de-Grâce	Chauvel	id.	Chauvel. — Sur 4 cas d'abcès du foie, etc. Arch. gén. de méd., 1889, vol. 11, p. 129.	
1885	P. J. R.	St-Mandrier	?	mort	Bertrand. — Relevé statistique des abcès du foie, etc. Arch. de chirurgie.	
1885	Tirlot	ibid.	?	id.	Ibid.	
1885	Louis G. 13 ans.	Strasbourg	Ladderhose	Id.	Bernhard. — Lahrbuch fur kinderheilkun, 1886, t. XXV, p. 35.	Complications pleurales, résection costale.
1885	Commandant	Nouméa	Gillet	guéri	Legrand. — Hépatite suppurale et abcès du foie en Nouvelle-Calédonie. Arch. méd. nav., nov. 1891,	
1885	Colon	id.	id.	mort	Id.	1 abcès du lobe gauche.
1885	Libéré	Nˡˡᵉ Calédonie	id.	id.	Id	
1886	Colon alcoolique	Nouméa	id.	guéri	Id.	
1886	C.	Grenoble	Ramonet	id.	Trait. des abcès du foie par la méth. de Little. Arch. méd. milit., 1887, t. X, p. 321.	

ANNÉES	NOM de l'opéré	LIEU de l'opération	MÉDECIN traitant	RÉSULTAT	INDICATION bibliographique	OBSERVATIONS
1886	Mélot	Little	Mabboux et Gouelle	guéri	Mabboux.—Traitement chirurgical des abcès du foie. Revue de chirurgie, 1887.	Prix de la Société de chirurgie.
1886	Gasse	St-Mandrier	F. Thomas	id.	F. Thomas et Q. Reynaud.—Deux abcès du foie. Particul. cliniques. Arch. méd. nav., nov. 1887, t. 48, p. 239.	
1886	Brémont	St-Mandrier	id.	id.	Ibid.	Issue de 115 calculs par la plaie opératoire.
1886	G.	Bourbon	M. Auliffe	mort	Th. de Mittre.	Communication probable de l'ab. avec le côlon.
1886	M. G. aide-vétérina[re]	Val-de-Grâce	Kelsch et Robert (op).	guéri	Chauvel, loc. cit.	
1887	M. N.	Bartholomew's hosp. (?)	Langton	id.	Dyce Vuckworth.— Trop absc. (Clinical lectures). Lancet, 1887, t. I. p. 810.	
1887	W. H.	Kasaulé station hospital	Stevenson	id.	Notes on two cases of tropical lever abscess. Lancet, 1888, t. I, p. 1121.	Trois ponctions expl. avec évacuation de pus, la 3e suivie d'incision, drainage, etc.
1887	J. R.	id.	id.	id.	Id.	2 ponct. avec seringue hépa. sans résult.; ponct. avec l'aiguille de l'aspirat.; extraction ponct. au gros trocart : évacuation de pus, finalement drainage, etc.

					Lancet, [illegible], p. 165.	l'abcès *non* dysent.).
1887	L... Jacques	Troyes	Bassoupierre	id.	Abcès du foie trait. par méth. Little. Arch. méd. milit., t. XIII, p 127.	
1887	Vas...	St-Mandrier	Thomas	mort	Debergue. — Des migrations des abcès du foie, etc. Th. Montpellier, 1889.	
1887	Transporté	Nlle Calédonie	Gillet	mort	Legrand. — Hépatite suppurale et abcès du foie en Nouvelle-Calédonie. Arch. méd. nav., nov. 1891.	
1887	Colon	Nouméa	id.	id.	Id.	1 vaste abcès du lobe droit.
1887	N., soldat	Quang-Yen	Moty	mort	Moty. — Soc. de chirurgie, 26 oct. 1892.	
1887	Nourand	St-Mandrier	?	mort	Inédit.	Abcès opéré, puis issue par le poumon.
1887	Griffaud	id.	?	id.	Id.	
1887	D. officier	Tonkin	Demmler	guéri	Grenouillon. — Etiologie, diagnostic et traitement des grands abcès du foie. Th. Paris, 1889.	3 mois environ; revu bien guéri 2 ans plus tard.
1887	Dumas soldat	Tonkin Haïphong	id.	id.	id.	Un mois de traitement.

ANNÉES	NOM de l'opéré	LIEU de l'opération	MÉDECIN traitant	RÉSULTAT	INDICATION bibliographique	OBSERVATIONS
1887	X Sous-officier d'Artillerie	Haïphong	Demmler	mort	Grenouillon. — Etiologie, diagnostic et traitement des grands abcès du foie. Th. Paris, 1889.	Amélioration temporaire. 2 opérations itératives dans le même foyer. — Grand foyer presque cicatrisé, multitudes d'abcès miliaires.
1887	X soldat	id.	id.	guéri	id.	6 semaines.
1888	M. B.	V.-de-Grâce	Laveran et Chauvel (op.)	mort	Chauvel, loc. cit.	
1888	D.	id.	Quentel et Chauvel (op).	id.	id.	Opéré à bord. Fistule persistante. Résections des côtes.
1888	Cas N° 3	Rasauli station hospital	W. Stevenson	guéri	Further notes of cases, of trop. lev. abscess. Lancet, 1889, t. II, p. 1164.	Drain. Tube d'argent ensuite.
1888	Mouchet	Tourane et St-Mandrier	?	mort	Inédite.	Abcès resté fistuleux après l'opération. 2[me] opération à St-Mandrier.
1888	Cas N° 4. G. P.	id.	id.	id.	id.	
1888	Gillet.	St-Mandrier	G. Roux	id.	Relevé statistique, etc. Bertrand, loc. cit.	

1888	Colon	Nouméa	Le Landais	mort	Legrand. — Hép. suppurale et abcès du foie en Nouvelle-Calédonie. Arch. méd. nav., nov. 1891.	9 abcès dans le foie.
1888	Surveillant militaire	Nouméa	Forné	guéri	id.	
1888	Libéré	Nouvelle-Calédonie	Jabin-Dudognon	guéri	id.	
1888	Missionnaire	Saïgon	Monin	mort	Inédite.	Hernie de l'épiploon dans la plaie.
1888	Homme de 30 ans		Mac-Gill	guéri	Charton et Gill. Lancet, 1888, t. I, p. 68.	Laparotomie exploratrice.
1888	Schmitt zouave	Paris	Demmler	guéri	Grenouillon. — Etiologie, diagnostic et traitement des grands abcès du foie. Th. Paris, 1889.	Revient du Tonkin. Vomiques antérieures, guéri en 3 mois.
1888	Sliman ben Mohamed	Philippeville	Rogemont-Malbot	guéri	Id.	Vomiques antérieures, signes de pleurésie.
1888	P. terrassier	id.	id.	id.	Id.	Au-dessous des côtes, lobe gauche, guéri en 40 jours.
1889	Gravelle	St-Mandrier	Jacquemin	mort	Relevé statistique. Bertrand, loc. cit.	

ANNÉES	NOM de l'opéré	LIEU de l'opération	MÉDECIN traitant	RÉSULTAT	INDICATION bibliographique	OBSERVATIONS
1889	Botté	St-Mandrier	Jacquemin	mort	Relevé statistique. Bertrand, loc. cit.	
1889	Vadon	id.	Rouvier	id.	Id.	
1889	Mercier	id.	Bertrand Fontan (assist)	id.	Th. d'Oromi. Montp. 1889. Bertrand (De la cholerrhagie, etc.) Rev. de méd. mars 1890, et relevé statistique.	
1889	B.	Tunis	Barthélemy et Bernardi	guéri	Bulletins de la S. de chirurgie (8 janv. 1890). Rapport de Chauvel et Arch. méd. milit., avril 1890.	
1889	V.	id.	id.	id.	Id.	
1889	D., lieutenant de vaisseau	St-Mandrier	?	id.	Inédit.	
1889	Mineur alcoolique	N^lle Calédonie	Jabin-Dudognon	id.	Legrand. — Hépatite suppurale et abcès du foie en Nouvelle-Calédonie. Arch. méd. nav., nov. 1891.	1 abcès ponctionnés et lavés dont l'un dans le lobe gauche. 2 abcès évacués par l'intestin après les opérations.
1889	Libéré	id.	id.	id.	Id.	

1889	id.	id.	id.	id.	Id	Incision longitudinale.
1889	id.	id.	id.	id.	Id.	
1889	Sagot	Saïgon	Hénaff	guéri	Inédit	
1889	Convant	St-Mandrier	Thomas	mort	Id.	
1889	Homme de 23 ans	Ceylan	Roughton	guéri	Lancet, 1891, vol. II, p. 417.	Abcès évacué par la plèvre, le rein, le poumon, le côlon et l'incision ; guéri en 1 an.
1889	de V... lieutenant	Val-de-Grâce	Chauvel	id.	Chauvel. — Complications des abcès du foie ouverts à l'extérieur. Carie des côtes. Acad. méd. 1890, 21 janvier.	1er abcès ouvert en Annam et guéri, puis fistule rouverte. 8e et 7e côtes cariées, réséquées. 2 mois de traitement.
1889	Leb.	St-Pierre Martinique	Clarac	mort	Clarac. — Observations d'abcès du foie recueillies dans les hôp. de la Martinique. Arch. méd. nav. 1892, p. 321.	Vomique au même moment.
1889	P., infirmier militaire	Lebdou Algérie	Geschwind	guéri	Grenouillon. — Etiologie, diagnostic et traitement des grands abcès du foie. Th. Paris, 1889.	Vomiques antérieures, se lève au bout d'un mois.
1890	Bordeaux	Sur un transport de Cochinchine	Ayme	mort	Inédit.	

ANNÉES	NOM de l'opéré	LIEU de l'opération	MÉDECIN traitant	RÉSULTAT	INDICATION bibliographique	OBSERVATIONS
1890	X.	Beyrouth	Hache	guéri	Dr M. Hache. 4 abcès du foie traités par l'incision franche. Acad. de méd., 22 juillet 1890.	
1890	X.	id.	id.	id.	Id.	
1890	X.	id.	id.	mort	Id.	
1890	X.	id.	id.	id.	Id.	
1890	Abbé Z.	Cherbourg	Léo	id.	Léo Arch. méd. nav., 1890, p. 427.	Complications pleurales, 5 ou 6 abcès dans le foie.
1890	J. officier	Id.	Id.	guéri	Id.	35 jours.
1890	X. officier	Nantes	?	mort	Id.	Op. à Nantes 1887, à l'épigastre, issue par les selles en 1888 à Cherbourg ; autopsie : vaste abcès du lobe droit.
1890	Soldat	Nouméa	Le Dantec	guéri	Legrand. — Hépatite suppurale et abcès au foie en Nouvelle-Calédonie. Arch. méd. nav., nov. 1891.	1 mois.

					Arch. méd. nav., nov. 1891.	
1890	Libéré	Id.	Id.	id.	Id.	3 abcès ouverts au gros trocart. Suite de traumatisme.
1890	X. officier	Aurillac	Monod	guéri	Monod Soc. chirurgie, 30 déc. 1891.	Guérison en 6 semaines.
1890	Louis D.	Lariboisièse	Peyrot	guéri	Peyrot, Soc. de chir., 7 janvier 1891.	Pas de chloroforme : laparatomie ; mouvements du malade ; la plaie hépatique disparaît dans le ventre pendant 20 minutes ; pas de péritonite. Guéri en 1 mois.
1890	Lassus	Val-de-Grâce	Delorme	guéri	Inédit.	
1890	M. C.	Fort de France Martinique	Cauvy	mort	Clarac.—Observations des abcès du foie recueillies dans les hôp. de la Martinique. Arch. méd. nav., 1891, p. 321.	2 abcès. Le second n'était séparé du premier que par moins d'un centimètre de tissu sain.
1891	I. A. sergent	Cherbourg	Léo	guéri	Léo Arch. méd. nav., p. 265.	Six semaines.
1891	V. E.	Lille et Cherbourg	Dr Lingrand et Sollaud	guéri	Léo. Arch. méd. nav., 1891.	Opéré d'abord à Lille par le Dr Lingrand au bistouri, fistule persistante; — à Cherbourg, large débridement, tamponnement, gaze salicylée; guéri en 2 mois.
1891	E. soldat	Val-de-Grâce	?	mort	Moty. Soc. de chir., 26 oct. 1892.	Opéré antérieurement, conserve une fistule ; nécrose costale, épuisement.
1891	Maillet	St-Mandrier	Fontan	id.	Inédit.	

ANNÉES	NOM de l'opéré	LIEU de l'opération	MÉDECIN traitant	RÉSULTAT	INDICATION bibliographique	OBSERVATIONS
1891	Martret	St-Mandrier	Fontan	mort	Inédit.	
1891	S.	id.	id.	guéri	Id.	Résection de côte, *curetage*, guéri en 18 jours.
1891	Drevé	id.	Nègre	id.	Id.	
1891	Thomas	id.	Cartier	id.	Id.	
1891	Pernot	id.	Fontan	id.	Fontan.—Ouverture des grands abcès du foie. Soc. de chir., déc. 1891	Abcès évacué par les bronches, résection de côte, *curetage*, guéri en 1 mois.
1891	Dinguirard	Toulon	id.	id.	Id.	Pas d'adhérences, *curetage*, guéri en 20 jours.
1891	X. soldat	Paris St-Antoine	Monod	mort	Monod. Soc. chirurgie, 30 déc. 1891.	Plusieurs abcès dans le foie.
1891	Petit	Beaujon	Tuffier	guéri	Tuffier. Soc. chirurgie, 12 oct. 1892.	Guéri en 25 jours.

1891	Garé	St-Mandrier	Dollieule	mort	Inédit.	2 abcès, cholerrhagie, a refusé la 2e opération.
1891	Fl.	Tunis	?	guéri	Loison et Arnaud. Rev. de méd. nav., 1891.	Complications pleurales, guéri en 2 mois.
1891	A.	id	?	mort	Id.	Complications pleurales.
1891	G. zouave	id.	?	id.	id.	Hémorrhagies.
1891	Len. cavalier	id.	?	id.	Id.	Complications pleurales.
1891	Mar.	id.	?	guéri	Id.	Résection costale.
1891	C. adjudant	Fort de France	Branzon Bourgogne	id.	Clarac.—Observations des abcès du foie recueillies dans les hôp. de la Martinique. Arch. méd. nav., 1892, p. 321.	Après issue de 2 litres de pus chocolat, le doigt enfonce une cloison et ramène encore 250 gr. de pus jaune tout différent du premier.
1891	X. artilleur	id.	Cauvy	id.	Cauvy. — Dysenterie aiguë hépatite suppurée. — Arch. méd. nav., 1791, p. 470.	Cholerrhagie pendant 5 ou 6 jours, guéri en 2 mois.
1891	X.	Nice	Forganel	id.	Inédit.	Fistule persistante.

ANNÉES	NOM de l'opéré	LIEU de l'opération	MÉDECIN traitant	RÉSULTAT	INDICATION bibliographique	OBSERVATIONS
1892	Frangeul	St-Mandrier	Fontan	guéri	Fontan.— Grands abcès du foie, curetage, bactériologie. Soc. de chir., 27 juillet 1892.	Adhérences, incision 8e espace, résection de la 9e côte, *curetage*, guéri en 12 jours.
1892	Jauffrey	id.	id.	mort	Id.	Opéré au Tonkin d'un 1er abcès, opéré à St-M. le 3 juin d'un abcès contenant 4 l. de pus, résection de 8 c. de la 12e côte, *curetage*, mort de pneumothorax.
1892	M. officier italien	Toulon	id.	guéri	Inédit	*Curetage*, guéri en 1 mois.
1892	Demol	Beaujon	Tuffier	id.	Tuffier. Soc. de chirurgie, 12 oct. 1892.	1er abcès : laparotomie et suture de Horner. 2e abcès : incision transpleurale. 3e abcès : lobe gauche, incision à l'épigastre.
1892	D. Sévère	Hôpital St-Antoine	Leblond.	mort	Leblond. Diagnostic et traitement des abcès du foie. Paris, 1892.	Cholerrhagie. Abcès du poumon.
1892	Marm.	Tunis	?	guéri	Loison et Arnaud. Revue de médecine, nov. 1892.	Fistule persistante.
1892	Dr A.	Nancy	?	id.	Inédit.	Trois abcès ouverts par opération. Migration bronchique.
1892	Distributeur	Cherbourg	Léo	id.	Léo Arch. méd. nav., 1892, p. 181.	1 mois.
	F					

					Bordeaux, 1893.	mois.
1892	Paris, Alex. serg[t] S[e] marine Tonkin	St-Mandrier	D[r] Robert	id.	Inédit.	Ponction et incision à un temps dans le 1[er] espace, pas de résection costale, incision de 6 à 7 c., suppure un mois (19 août au 20 septembre).
1893	Mulette Albert serg[t] S[e] marine Cochinchine	id.	id.	id.	Id.	Ponction et incision en un temps dans le 9[e] espace, pas de résection costale. Suppure 15 jours. Incision de 6 à 7 c. (17 mars au 1[er] avril.
1893	Riveil lieut[t] inf[ie] mar[e] Tonkin	id.	Talairach	mort	Id.	Ponction et incision en un temps dans le 9[e] espace, pas de résection de côte. Incision de 6 à 7 c. 9 mai. Décédé le 16 mai. Abcès unique mais très anfractueux. Nombreux culs-de-sac.
1893	Capitaine Jacq.	Toulon	Fontan	guéri	Fontan.— Diagnostic et traitement des abcès du foie. Clinique chirurgicale, in Bulletin médical, 16 juillet 1893.	Résection costale, suture pleurale, *curetage* ; guéri en 25 jours.
1893	Marx	id.	id.	id.	Inédit.	Abcès évacués par les bronches, résection costale, suture pleurale, *curetage*; guéri en 30 jours.
1893	Malvardi	La garde près Toulon	id.	id.	Id.	Résection costale ; *curetage* ; guéri en 18 jours.
1893	Falman	Toulon	id.	id.	Id.	Incision abdominale, *curetage* ; guéri en 25 jours.
1893	Tissier.	St-Mandrier	Fontan et Sibaud	mort	Id.	Incision transpleurale. Résection costale. *Curetage*. Mort d'épuisement.

ANNÉES	NOM de l'opéré	LIEU de l'opération	MÉDECIN traitant	RÉSULTAT	INDICATION bibliographique	OBSERVATIONS
1893	Guichard	St-Mandrier	Robert	guéri	Inédit.	Incision abdominale; *curetage*; guéri en 17 jours.
1894	Elias	Id.	Nègre	mort	Id.	Laparotomie; péritonite; perforation intestinale.
1894	Pierre	St-Mandrier (nostras)	Nègre 1er abcès et Fontan 2e abcès	guéri	Id.	1er abcès incisé sur le bord costal; guéri en 50 jours 2e abcès opéré au creux épigastrique; *curetage*; guéri en 16 jours.
1894	P. ancien soldat du Tonkin	Toulon	Fontan	Id.	Id.	Incision abdominale; *curetage*; guéri en 17 jours.
1894	Rouer	St-Mandrier	Id.	mort	Id.	Opération transpleurale: *curetage*.
1894	Le Coste	Id.	Id.	Id.	Id.	Abcès ouvert dans le péritoine:

1894	Monge	La Ciotat	Fontan	mort	Id.	mort de péritonite.
1894	Dr G.	Toulon	Id.	guéri	Id.	Opération transpleurale : *curetage* ; guéri en 1 mois.
1894	Femme	Toulon	Id.	guérie	Id.	Incision abdominale; *curetage*; guéri en 20 jours.
1894	Léoni	St-Mandrier	Id.	guéri	Id.	Incision sur la ligne blanche ; *curetage* ; guéri en 8 jours.
1894	D. instituteur	Pondichéry	Gallay	Id.	Arch. med. nav. Avril 1894.	1re opération insuffisante. 2e opération avec *curetage* ; guérison rapide.
1894	Vinay	St-Mandrier	Esclangon et Fontan	en voie de guérison	Inédit.	Etat extrême ; vaste abcès ; Opération transpleurale suivant méthode du Dr Fontan résections de côte ; sutures ; *curetage*.

En tout cas, il nous a paru intéressant de montrer à côté les statistiques européennes faites depuis la vulgarisation du procédé de Shanghaï, ce que cette opération a réellement donné pendant dix ans, dans les mains de ses promoteurs. Il serait évidemment injuste de ne pas faire remarquer que la léthalité générale des hépatites étant énorme à Shanghaï, la mortalité des cas opérés par Little doit tenir autant aux mêmes causes générales, qu'aux imperfections de la méthode.

Zancarol. — Sur 151 opérés par incision large antiseptique, cet auteur a obtenu 74 guérisons, soit 49 °/₀ (1).

Toulon. — La statistique que nous exposons dans les tableaux ci-contre fusionne celle déjà publiée par Bertrand avec plusieurs cas inédits et tous ceux que nous avons pu trouver dans la littérature médicale. Quoiqu'évidemment incomplète, elle s'élève au chiffre respectable de 198 opérations pratiquées suivant les méthodes nouvelles (incision large, antisepsie). Nous y trouvons que le chiffre des guérisons est de 126, soit 63.8 °/₀.

Si dans cette table nous envisageons à part les cas traités dans les hôpitaux de Toulon (statistique intégrale), nous constatons qu'on y a fait 52 opérations depuis 10 ans et qu'on y a obtenu 29 guérisons, soit 55 °/₀.

Enfin, la méthode du curetage (Fontan), appliquée 21 fois, a donné 17 guérisons, soit 81 °/₀.

En résumé, en groupant ces chiffres, qui n'ont trait qu'à des opérations faites suivant la méthode nouvelle, nous obtenons le tableau suivant :

Legrand	donne	41	guérisons	°/₀
Boinet	»	76	»	°/₀
Bertrand	»	42	»	°/₀
Hôpitaux de Sanghaï . .	»	30	»	°/₀
Zancarol	»	49	»	°/₀
Hôpitaux de Toulon . .	»	55	»	°/₀
Curetage	»	81	»	°/₀
Notre récapitulation totale	»	63.8	»	°/₀

La raison de ces différences vient de ce que certaines de ces statistiques sont intégrales, par exemple celles de Shanghaï, de Nouvelle-Calédonie, de Toulon ; ce sont les moins belles mais les plus exactes.

Quelques autres, édifiées à l'aide d'observations publiées dans les thèses, etc., sont plus belles que nature, la faiblesse humaine

(1) Nota. — Nous n'avons pu faire figurer dans nos tableaux la statistique personnelle et intégrale du Dʳ Zancarol. Elle modifie peu l'ensemble de nos chiffres. On trouvera cette série de faits dans le mémoire de notre très distingué confrère d'Alexandrie (Traitement chirurgical des abcès du foie des pays chauds. Zancarol. Paris, Steinheil, édit., 1893).

laissant volontiers tomber dans l'oubli ce qui lui coûte à confesser.

Enfin une troisième remarque doit être formulée au sujet du lieu d'origine de ces statistiques ; sans aucun doute les cas aigus, traités pendant une expédition sous le ciel des tropiques, donnent des résultats plus funestes que les cas anciens qui se présentent à nous à leur arrivée en France.

De l'ensemble des divers relevés statistiques que nous venons de passer en revue, comme de l'examen attentif des faits les mieux observés, et particulièrement de ceux dont nous avons été les témoins, nous pouvons tirer dès maintenant les conséquences suivantes : A. Il y a un avantage manifeste à donner issue aux abcès du foie par un procédé quelconque, l'abstention étant la pire des choses, puisque sauf quelques cas rares de migrations favorables, l'abcès du foie tue toujours. B. La méthode antiseptique s'impose ici comme dans tout acte chirurgical ; elle a accompli une véritable révolution dans la pratique qui nous occupe et elle permet d'exécuter sans danger des opérations plus hâtives, plus larges, plus complètes qu'autrefois. C. Les résultats de l'ouverture chirurgicale des abcès du foie vont en s'améliorant d'année en année, sans doute parce qu'on opère plus tôt, plus souvent et avec plus d'assurance et d'habileté.

Ces premières connaissances tirées de la statistique sont très formelles, mais elles ne nous tracent pas d'une façon suffisamment précise le parti à prendre dans chaque cas. Y a-t-il une question d'opportunité ? L'opération ne peut-elle entraîner des complications redoutables ? Quelle est enfin la méthode de choix, et quelle sera la technique de chaque cas particulier ? Telles sont les questions qu'il nous reste à discuter.

§ 3.

Opportunité de l'ouverture.

Relativement à la première question, la réponse est déjà faite : la présence constatée du pus dans le foie suffit à poser l'indication opératoire.

Par conséquent, toutes les fois que le chirurgien, guidé par des présomptions, aura recherché et trouvé le pus à l'aide du trocart explorateur, il devra lui donner issue. C'est pour nous une règle absolue : l'ouverture de l'abcès est toujours opportune et presque toujours urgente. Il est évident qu'il n'y a pas une nécessité

impérieuse à opérer sur l'heure, sans retirer le trocart. Il peut se présenter telle circonstance où l'ouverture de l'abcès devra être forcément différée : par exemple en temps d'expédition, la nécessité de l'évacuation des malades et des blessés peut amener un retard de quelques jours dans l'ouverture large d'un abcès, après que la ponction aura cependant fourni un renseignement précis. Mais en dehors d'un empêchement absolu, l'ouverture doit se faire de suite, afin que le trocart puisse servir de guide pour atteindre sûrement la cavité purulente. Il nous est cependant arrivé quelquefois de remettre l'incision au lendemain. Lorsque en effet l'opération doit être étendue, elle nécessite l'intervention du chloroforme, et le malade que l'on vient de ponctionner n'est pas toujours en état de le supporter; puis les aides peuvent faire défaut, etc.... Dans ce cas on renvoie l'opération au lendemain, et l'on s'efforce de retrouver la trace de la ponction révélatrice pour s'en servir comme d'un guide. Mais un ajournement plus prolongé doit être tout à fait exceptionnel. On est rarement autorisé à négliger la ponction exploratrice, quoique dans quelques cas la voussure, la fluctuation, l'œdème de la paroi soient des signes absolus de présence du pus.

Même dans ces circonstances la ponction est utile. Elle peut ramener du pus à caractère particulier, blanc, pariétal, pleural, elle peut laisser écouler beaucoup de sang, parce qu'elle aura atteint une grosse veine; elle peut donner issue à de la bile, par la blessure d'un canal ou de la vésicule biliaire, ou même un liquide clair, signe de kyste; elle peut rencontrer une côte cariée, etc... Ces renseignements détourneront la main de l'explorateur, ou du moins la dirigeront plus sûrement. Ils donnent des indications spéciales.

Quelques chirurgiens se sont passés de la ponction exploratrice et ont cherché l'indication opératoire par la laparotomie exploratrice. En vérité nous ne voyons pas quel bénéfice il y a à mettre à nu le foie dans un point de sa surface, qui devra être ponctionnée quand même, car cette surface pourra ne rien révéler d'anormal. On a beau proclamer l'innocuité des laparotomies exploratrices, on ne nous fera pas croire cependant qu'elles sont aussi bénignes que l'introduction d'un trocart capillaire aseptique. Et si la laparotomie, qui ne peut guère atteindre que le bord antérieur de l'organe, ne donne pas de renseignements, sera-t-on donc autorisé à répéter cinq ou six incisions en divers points comme on eut répété un même nombre de piqûres filiformes ?

La laparotomie exploratrice doit être sinon condamnée absolument, au moins réservée pour certains cas de diagnostic très-douteux où la ponction est restée muette, ou la présence d'une grosseur de nature indéterminée laisse l'incertitude dans l'esprit du chirurgien et où l'on s'inclinerait vers une opération plus étendue qu'une simple incision, par exemple vers une ablation de tumeur dont cette ouverture du ventre serait le premier temps. Dans ce cas comme dans celui d'une péritonite purulente enkystée, ou généralisée provenant d'un abcès du foie, la laparotomie peut s'imposer ; elle complète alors le diagnostic, mais elle est surtout une manœuvre curatrice et ne remplace pas la ponction exploratrice.

Le seul cas dans lequel on doive opérer sans ponction est celui de la présence d'une fistule, reliquat d'une ouverture spontanée à la paroi, ou d'une ancienne incision. Mais alors l'indication opératoire est fournie par l'examen du pus, et l'exploration même du trajet fistuleux, exploration qui tient réellement lieu de ponction.

Mais la ponction a révélé que l'abcès est à une très grande profondeur, 5, 6, 8 cm ; sera-t-il prudent d'introduire un bistouri à travers une pareille couche de tissu hépatique ? Nous étudierons plus bas les complications qui peuvent survenir dans ces sections très profondes du foie, les hémorrhagies en particulier. Pour le moment nous dirons seulement que de semblables craintes ne doivent pas arrêter la main des chirurgiens ; il vaut mieux avoir une hémorrhagie à combattre que de perdre son malade par inertie.

Cependant il faudra chercher à aborder l'abcès en un point où la couche saine sera moins épaisse, et pour cela il faudra, comme nous l'avons fait dans le cas de Marx (Obs. LXXV), pratiquer d'autres ponctions dirigées vers le même point profond, mais distantes de la première de trois ou quatre travers de doigt. On mesurera attentivement la longueur de pénétration de l'aiguille jusqu'au foyer liquide, et l'on attaquera l'abcès par le point le plus rapproché.

En général, du moins pour le lobe droit, on obtient ce résultat en se rapprochant de la ligne axillaire postérieure. Pour le lobe gauche, une grande profondeur indiquée par la ponction devrait conduire le chirurgien à attaquer l'abcès par la face concave, après laparotomie exploratrice.

Une circonstance embarrassante se présente trop souvent : c'est celle où la ponction exploratrice, même répétée plusieurs fois, est restée muette. Si l'on se reporte à ce que nous avons dit des points d'élection de la ponction, des indices qui peuvent guider le trocart,

et de l'innocuité des piqûres répétées, on pensera sans doute que rarement un abcès du foie quelque peu volumineux échappera à cette exploration méthodique et répétée. Eh bien, c'est le contraire qui est vrai, les ponctions logiquement dirigées et multiples ont souvent exploré en vain une glande hépatique qui contenait plusieurs abcès.

Lors donc qu'on aura des présomptions très sérieuses de suppuration, il ne faudra pas se décourager. Il faudra de nouveau analyser les signes physiques, rechercher les points douloureux, les espaces élargis, les inflexions de la limite de matité, etc... et revenir à la ponction jusqu'à ce que la lumière soit faite. Mais il peut arriver que l'on se lasse des ponctions, que le malade ne veuille plus les supporter, et que l'on ait pourtant acquis par l'ensemble des signes une quasi certitude qu'il y a un abcès. Si alors le temps presse, si l'état général, si la fièvre, si le cachet typhique, si la lienterie, font craindre un dénouement fatal et prochain, le chirurgien devra opérer quand même et pratiquer pour cela une laparotomie exploratrice le long du rebord costal inférieur.

On peut voir par l'exposé des indications qui précèdent, que nous faisons volontiers table rase de toutes les conditions qu'exigeaient les anciens pour ouvrir un abcès du foie : voussure, fluctuation, œdème de la paroi... Ce sont là pour nous des indications urgentes et tardives, qui commandent de se hâter, quand le malade est déjà dans cet état avancé, mais que le chirurgien ne devra jamais attendre, sous peine de faire une opération chez un agonisant. Une seule considération, celle des adhérences, mérite encore de nous arrêter.

Les *adhérences* établies entre le foie et la paroi ont beaucoup préoccupé les anciens qui en faisaient une condition *sine qua non* de l'intervention chirurgicale. C'est pour hâter la formation de ces adhérences jugées indispensables que Récamier, Grave et Bégin avaient édifié leurs méthodes. C'est pour atteindre le même but, que l'on a tour à tour conseillé les vésicatoires, les pointes de feu, l'acupuncture, etc...

Tous ces moyens illusoires, qui faisaient rarement former des adhérences larges et solides, retardaient le moment de l'action et compromettaient la vie du malade.

Néanmoins et sans revenir à ces précautions surannées, plusieurs auteurs se préoccupent encore de l'existence des adhérences, et les regardent comme une excellente condition de succès. A propos des beaux résultats annoncés par Little, on a déclaré qu'il avait été plus

heureux que sage, et que ses succès venaient sans doute de ce qu'il avait eu la chance de rencontrer des adhérences péritonéales protectrices. Il serait logique de déduire de là que l'on ne doit ouvrir au bistouri que quand les adhérences sont certaines.

Or, il est facile de démontrer par la lecture attentive d'un grand nombre d'observations où il y a guérison, qu'il n'existait point d'adhérences. Si Little est muet sur ce point, Henderson fait remarquer dans sa première observation que sans doute une large incision avec drainage suffisant empêche l'entrée du pus dans le péritoine, puisqu'il ne survient aucun accident, alors même qu'il n'y a pas d'adhérences. Et il reprend cette idée dans la seconde observation en insinuant très judicieusement que le défaut d'adhérences est plus fâcheux dans les simples ponctions que dans les vraies incisions. Carrington (1), dans une bonne observation, raconte que son doigt explora la cavité et l'épaisseur du tissu hépatique coupé : « il put aussi passer librement dans la cavité péritonéale, car il n'existait pas d'adhérences. » Cette manœuvre du reste était au moins inutile.

Depuis, presque tous les chirurgiens ont fait la même constatation. On la trouve affirmée par Peyrot, Bouilly, Périer, Quenu, Chauvel, etc. (2). Nous sommes aussi d'avis que les adhérences tant péritonéales que pleurales sont exceptionnelles. Elles ne se rencontrent que lorsqu'il y a eu récemment du frottement périhépatique, ou une pleurésie à faible épanchement, et on ne peut les diagnostiquer sûrement que par l'œdème de la paroi, ou lorsque l'on a pu noter nettement les autres signes de périhépatite, douleurs, frottement. Or, ces signes sont souvent fugaces et difficiles à relever. Nous avons vu d'ailleurs, au chapitre de l'anatomie, qu'il existe plusieurs variétés d'adhérences ; les unes très récentes et encore glutineuses sont excessivement friables. D'autres fibrineuses et quelquefois infiltrées de pus, nagent dans un liquide qui les ramollit et les détache et empêche le maintien des surfaces en regard.

D'autres enfin, fibreuses, véritables néo-membranes, rendent l'opération plus sûre et plus simple en même temps : le bistouri entre alors directement dans le foie, lequel fait corps avec les muscles et les téguments.

Mais le diagnostic de ces adhérences est bien difficile. Dans beaucoup de cas où l'état avancé du mal en faisait d'avance admettre la présence, les chirurgiens, surpris, n'ont rien trouvé.

(1) Carrington. — Tropical abscess of liver, absence of peritoneal adhesion. — Lancet 1883. Tome II.

(2) Soc. de chirurgie, 7 janvier 1891.

On a conseillé de planter une aiguille dans le foie ; si l'aiguille reste immobile pendant les mouvements de la respiration, c'est, dit-on, que le foie fait corps avec la paroi. Nous ne sommes pas bien persuadés que, même adhérent, le foie ne conservera pas quelque peu de ces mouvements.

D'ailleurs, que nous apprendrait l'aiguille, sur l'étendue et la résistance de ces néo-membranes ?

Et ce seraient pourtant là des détails utiles à connaître si l'on attachait un grand prix à l'existence des adhérences. Trop peu étendues elles ne rendront pas inoffensive l'incision qui en dépassera facilement les limites. Trop peu résistantes elles pourront céder devant les mouvements du malade, le retrait de l'organe, les manœuvres chirurgicales, etc...

Nous nous souvenons qu'un jour ayant, avec le Dr Thomas, ponctionné un kyste suppuré du foie, qui avait contracté des adhérences en avant, après l'application d'un caustique, nous fîmes une injection avec la seringue à hydrocèle.

Tout-à-coup, sans doute parce que le liquide refluait mal et que la poche était distendue, les adhérences cédèrent et le malade sentit avec une douleur très vive que l'injection se répandait dans le ventre. Cet accident fut probablement pour une forte part dans la péritonite consécutive, qui amena la mort.

Les adhérences, surtout celles qui sont récentes, ou provoquées, ne donnent donc pas toute garantie.

Sans doute leur absence peut causer des dangers dans les ponctions étroites, mais que quand l'écoulement des liquides est assuré par de larges incisions, il semble qu'elles soient à peu près inutiles, au moins pour le ventre

Il faut en effet à ce sujet étudier de plus près les conditions qui peuvent différer suivant le siège de l'incision. D'abord il y a lieu de s'occuper à part du péritoine et de la plèvre.

Adhérences du péritoine. — Ce sont celles qui ont le plus préoccupé les anciens auteurs. En fait elles font défaut le plus souvent, et nous ne nous en inquiétons pas. Cependant quelques accidents survenus dans ces circonstances et entre autres la hernie de l'épiploon ou de l'intestin, peuvent présenter un certain caractère de gravité. On a noté la hernie de l'intestin deux ou trois fois, dans les incisions larges, faites en dessous du rebord costal, et près du creux épigastrique.

L'intestin qui peut s'engager est en effet une anse d'intestin grêle, et ce n'est que dans les incisions situées vers la ligne médiane

et assez au-dessous du rebord costal qu'on la rencontre. L'anse intestinale est alors bien lavée et réduite, suivant les procédés usités en laparotomie dans ce genre d'accident. Si, au lieu d'une anse intestinale, on a affaire à l'épiploon, on ne le réduira que s'il est absolument propre et nullement contus.

Le Dr Monin, médecin en chef, nous a raconté que cette complication lui était arrivée, tandis qu'il opérait à Saïgon un missionnaire atteint d'hépatite suppurée manifeste.

L'incision était sous-costale et c'est dans l'angle interne de la plaie que l'épiploon apparut. Il en sortit un paquet gros comme la main.

L'épiploon fut réduit avec les précautions antiseptiques. Néanmoins l'homme succomba quelques heures après, sans doute du shok, car il avait été opéré in extremis.

Dans un cas que nous rapporterons plus loin (Maillet obs. LXXVI) il y eut, par une incision située sous le bord costal, une hernie de l'épiploon et de l'intestin, toujours au niveau de l'angle gauche de la plaie. La hernie réduite nous fîmes la suture de la lèvre inférieure de l'incision du foie, avec le bord correspondant de la plaie pariétale ; cette suture était plutôt dirigée contre la hernie des organes que contre l'entrée du pus dans le péritoine.

La liberté du foie peut encore amener des mouvements imprévus qui déjouent les plans de l'opérateur. Tantôt, comme dans le cas de Peyrot (1) la plaie hépatique disparaît sous la paroi abdominale, et nécessite, pour être retrouvée et drainée, des manœuvres très-laborieuses. Tantôt ce déplacement ne se fait que graduellement, mais n'en entraîne pas moins une destruction du parallélisme, qui rend l'écoulement du pus difficile. De solides adhérences ne permettraient pas ces diverses complications.

Ces accidents sont cependant assez rares, car nous n'en avons vu faire mention que 3 ou 4 fois dans plusieurs centaines d'observations d'abcès opérés que nous avons lues et étudiées. De plus, la hernie, épiploïque ou intestinale, ne s'est jamais montrée, croyons-nous, que dans l'angle interne de la plaie, et dans les incisions rapprochées de la ligne médiane. Elle ne nous paraît pas à craindre dans toute la zone qui s'étend du bord externe du muscle droit à la ligne axillaire postérieure, zone qui forme un terrain d'action très-favorable. On doit donc regarder comme plus périlleuse la région médiane, ou si l'on veut épigastrique, par laquelle on ne pénètre que dans le traitement des abcès du lobe gauche.

(1) Peyrot. Soc. chir., 7 janvier 1891.

Enfin la hernie sera d'autant plus facile à provoquer que l'on descendra plus bas vers l'ombilic.

Il résulte de ces considérations que l'absence des adhérences peut être fâcheuse, surtout vers la ligne médiane, et nécessiter quelques manœuvres spéciales sur lesquelles nous reviendrons; mais cette absence ne pourrait en rien former une contre-indication à l'ouverture, même si elle était sûrement diagnostiquée.

D'ailleurs, dans cette région comme ailleurs, l'absence d'adhérences n'entraîne pas, comme l'ont redouté quelques chirurgiens, la pénétration du pus dans le ventre. On a fait à ce sujet bien des théories, et l'on s'est étonné de voir un abcès du foie largement ouvert ne pas vider son contenu dans la cavité péritonéale. Cela tient à ce que le péritoine n'est, comme on dit, qu'une cavité virtuelle ; tous les organes y sont tassés, en adhésion intime, et ils n'admettent l'introduction entre eux d'un liquide ou d'un gaz que s'ils y sont forcés. Cette condition de nécessité est réalisée quand l'abcès s'ouvre seul dans le ventre fermé ; le pus ne peut couler en dehors. Mais si la paroi est bien incisée, le pus a plus de facilité à s'écouler par la brèche nouvellement pratiquée, que dans les interstices encombrés et coaptés des anses intestinales. Malgré l'ouverture de la paroi, la cavité abdominale reste une *fausse cavité*, la pression atmosphérique continuant à peser sur la paroi mobile du ventre et à la tenir appliquée sur le paquet intestinal, même quand le foie se rétracte. Donc point de cavité vraie, adhésion si ce n'est adhérence, des feuillets séreux entre eux autour du foie, aucune tendance au vide dans l'abdomen, ouverture large et directe d'un canal artificiel à travers la paroi : telles sont les conditions de l'écoulement du pus d'un abcès hépatique par l'incision transpéritonéale, sans irruption dans le péritoine. Ces conditions peuvent cependant être compromises par de grands mouvements, des déplacements herniaires et surtout des vomissements ; fort heureusement il ne faut que quelques heures pour que les divers feuillets incisés entre la peau et le foie s'agglutinent et que la plaie soit ainsi canalisée.

Adhérences de la plèvre. — Dans la *plèvre* la question des adhérences préalables nous paraît plus importante, quoiqu'elle ait moins préoccupé les auteurs. Il faut se rappeler que la cavité pleurale costo-diaphragmatique qui correspond à la matité du foie, cavité plus profonde en arrière qu'en avant, ne contient pas de poumon. C'est encore une cavité virtuelle qui comprend les deux feuillets de la plèvre, le costal et le diaphragmatique, appli-

qués l'un contre l'autre, sans écartement, puisqu'il n'y a là ni air, ni liquide, ni tissu interposé. C'est donc dans cette bande qui fait le tour du thorax, que l'instrument devra se frayer une route, lorsqu'il y aura lieu d'arriver au foie par un espace intercostal. Si un processus de pleurite par irritation, accusé par l'œdème pariétal, s'est déjà accompli au moment de l'intervention, l'espace en question sera comblé, et le bistouri franchira les muscles intercostaux, les deux plèvres et le diaphragme jusqu'au péritoine ou jusqu'au foie, sans qu'on puisse se rendre compte des diverses couches traversées. S'il y a épanchement pleural, on verra un écoulement citrin ou purulent se faire, avant l'ouverture du diaphragme.

Si enfin le sillon costo-diaphragmatique est demeuré absolument libre, il se présente des dangers de pneumothorax et de pyothorax. Nous verrons ci-dessous, à propos des complications pleurales des opérations, comment on peut prévenir ces accidents, ou y remédier. En tout cas, malgré les ennuis auxquels on s'expose, on ne reculera pas devant une incision transpleurale parce que l'on aura établi qu'il n'y a point d'adhérence. Ne pas opérer, ou seulement retarder jusqu'à l'établissement problématique de ces néo-membranes, c'est faire courir au malade de tels risques, qu'il ne peut être question de ces adhérences au point de vue de l'indication opératoire, mais seulement au point de vue de la technique spéciale sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure.

En résumé, quand l'indication d'ouvrir une collection hépatique est posée par la ponction exploratrice, nous ne voyons aucune contre-indication si ce n'est l'état de collapsus terminal, sans aucune ressource, dans lequel on trouve quelquefois les malheureux auprès desquels on est tardivement appelé.

Indications opératoires dans le cas où un abcès a été évacué dans une cavité voisine. — Mais doit-on inciser des abcès déjà ouverts dans une cavité voisine ?

La question n'est discutable que pour les abcès évacués par les bronches, l'intestin, ou les voies urinaires. Toutes les autres migrations constituent des aggravations du pronostic de l'hépatite suppurée, et si le diagnostic en était possible, il y aurait une urgence extrême à rechercher par une opération hardie les dernières chances de salut. L'issue dans la plèvre qui peut être diagnostiquée facilement comme celle dans le péritoine, constituent de bonnes indications d'opérer en cherchant le pus là où il est venu se collecter.

Quand aux migrations favorables à celles qui permettent la guérison lorsque l'abcès se vide bien, la question n'est point résolue, mais mérite de l'être.

D'abord l'apparition du pus dans les crachats, les selles, ou les urines, impose un certain ajournement dans l'intervention, si on était prêt à l'accomplir. En effet, on voit de temps en temps une évacuation rapide et complète se faire par l'une de ces voies, et être suivie d'une prompte et durable guérison.

A l'apparition dè cet incident favorable on restera donc dans l'expectation, examinant l'état local et général avec la plus grande vigilance pour agir si tout n'allait pas au mieux.

Ainsi un volume énorme du foie, qui ne diminue pas sensiblement après quelques évacuations, la persistance des douleurs, et surtout le maintien ou le réveil de la fièvre, sont des signes très-nets que l'évacuation spontanée est insuffisante, soit que l'ouverture ne siège pas en un point déclive, soit qu'elle se soit refermée après une issue temporaire, soit qu'il y ait plusieurs abcès. Dans tous les cas, puisque l'évacuation est insuffisante, il reste une poche à vider ; il faut le faire chirurgicalement.

L'étude de la courbe thermique est à ce sujet si démonstrative que nous n'avons aucune hésitation, devant un abcès expectoré quotidiennement, à rechercher le foyer et à l'inciser, si la température monte chaque soir au-dessus de 38°. Le maintien de la fièvre n'est même pas nécessaire, si la diarrhée persiste, si le mieux être ne s'affirme pas, si l'amaigrissement augmente, si l'issue spontanée déjà ancienne a laissé persister une fistule bronchique ou intestinale, c'est que l'évacuation spontanée ne peut suffire à amener la guérison.

Un certain nombre d'observations publiées récemment donnent raison à cette manière de voir. Gremillon, Boinet, Legrand rapportent quelques faits encourageants. Ferron, de Bordeaux (1), a tout récemment publié deux observations bien instructives à ce sujet. Nous en donnons le résumé.

Obs. LXXII. — F..., maréchal des logis d'artillerie, a contracté la dysenterie au Soudan en 1889 ; puis il souffrit du foie, et en juin 1890, à Dakar, il vomit et expectora le contenu d'un abcès du foie.

Arrivé à Bordeaux le mois suivant, on constate que l'état général est fort mauvais ; l'amaigrissement, la pâleur, la faiblesse augmentent chaque jour ; la température vespérale est de 38° ; l'expectoration chocolat diminue.

(1) Ferron. — Traitement des abcès du foie ouverts dans la cage thoracique. — Soc. de méd. et chir. de Bordeaux, 1893.

D'ailleurs, en arrière de la ligne axillaire, on trouve une zone mate, empâtée et douloureuse caractéristique.

On incise dans le huitième espace intercostal, qui est élargi ; les côtes sont érodées. L'index pénètre librement dans une double cavité ; l'une est comprise entre la paroi thoracique, le poumon et le diaphragme auquel adhère cet organe ; l'autre est creusée dans le foie et l'on y pénètre à travers une perforation du diaphragme. Des lavages boriqués sont continués jusqu'à ce qu'ils n'entraînent plus ni pus, ni fragment de tissu hépatique nécrosé ; dans les efforts de toux, il y a manifestement expulsion d'air par ces cavités.

Deux gros drains, pansement au sublimé. Les journées suivantes sont assez agitées, les nuits mauvaises ; les drains mal supportés ; toutefois l'amélioration se prononce un mois après l'opération. Pendant le mois suivant on observe encore quelques crachats teintés et un peu de pus dans le pansement. Enfin le 7 avril, c'est-à-dire quatre mois et demi après l'opération, la plaie était cicatrisée et le rétablissement complet.

Obs. LXXIII. — Le nommé G..., clairon au 6me d'infanterie de marine, revient du Sénégal où il a été atteint de dysenterie et d'hépatite. Le 20 août 1892 il a expectoré une grande quantité de pus brun spécial. Rapatrié, il arrive à l'hôpital militaire de Bordeaux le 23 octobre : anémie profonde, amaigrissement effrayant, température longtemps maintenue à 38° ou 39°, mais ramenée maintenant à 37°5.

La toux est si constante, qu'il ne peut un seul instant supporter le décubitus dorsal ; jour et nuit assis à demi il expectore des crachats formés de pus hépatique.

Le foie est augmenté de volume, la matité remonte en arrière jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate et en avant jusqu'à deux centimètres au-dessous du mamelon. Il y a des râles humides dans toute la poitrine. La percussion produit dans le cinquième espace intercostal, entre le sternum et le mamelon, un bruit hydro-aérique et, de temps en temps, on perçoit en ce point, à l'auscultation, de gros gargouillements.

Le 5 novembre un trocart explorateur, plongé en ce point (5e espace), ne rencontre pas de pus. Plongé dans le 4e espace, très profondément, il donne issus à du pus. Une incision de 8 centimètres est aussitôt pratiquée à ce niveau ; l'ouverture de la cage thoracique fut marquée par un sifflement prolongé et par le refoulement momentané du poumon, suivis d'efforts de toux pendant lesquels l'organe se précipitait dans l'espace intercostal.

L'index gauche, en le refoulant, reconnut des adhérences qui le reliaient au diaphragme ; il n'y avait pas de pus dans la plèvre. Le chirurgien résèque 5 centimètres de la 5me côte afin de se donner du jour ; ne trouvant pas le foyer de suppuration, il incisa le diaphragme en côtoyant les adhérences pulmonaires, et, après avoir sectionné une épaisse couche de tissu hépatique, il ouvrit l'abcès ; il s'en échappa, avec

une violence causée par les efforts de toux, du pus et de la bouillie hépatique en grande quantité.

Lavage au sublimé, deux drains ; le malade semble être en état de shock : soins spéciaux.

Les suites furent assez lentes, l'homme étant très indocile, au point de vue du régime et des soins.

Quinze jours après l'opération, il contracte une bronchite, un mois plus tard, nouvelle poussée de bronchite fébrile, issue abondante de pus ; on craint une pleurésie purulente, cependant l'amélioration se produit, et G...... peut être considéré comme guéri à la fin de février, soit près de quatre mois après l'opération.

Un autre de nos confrères de l'armée, le Dr Forganel, a bien voulu nous communiquer le fait suivant à propos duquel il se déclare partisan de l'intervention malgré l'évacuation par les bronches (1).

Obs. LXXIV (résumée). — L. J., 25 ans, rentré dans ses foyers en septembre 1890, après avoir terminé son service militaire. N'a jamais été dans les pays chauds, mais vit depuis plusieurs années dans la région de Nice et d'Antibes, où il a fait son service. Il raconte avoir été traité à 18 ans pour des coliques hépatiques à propos desquelles on lui faisait dans l'hypochondre droit des ponctions qui amenaient un liquide jaunâtre. Depuis a été traité pour bronchite, pour fièvre palustre, et pour pleurésie à droite. Enfin, rentré dans ses foyers, il a souffert constamment au niveau du foie. Toux fréquente ; peu de crachats ; amaigrissement considérable, alternatives de diarrhée et de constipation ; fièvre vespérale ; sueurs nocturnes. Mais surtout douleurs violentes lancinantes, exaspérantes quelquefois éprouvées au niveau du foie, avec augmentation de volume considérable de l'organe (vésicatoires, morphine, etc.).

Le 20 février 1891, le Dr Forganel voit le malade et, quoiqu'il n'en ait jamais rencontré jusqu'ici, dit-il, « le diagnostic d'abcès du foie s'impose, » voussure très marquée de la région hépatique, dont la peau est tendue, œdémateuse, chaude sans rougeur, lisse. Le contraste est frappant entre cet hypochondre droit et l'état d'amaigrissement squelettique de tout le reste du corps. Du reste, palpation et pression douloureuses; pas de fluctuation. Refoulement des anses intestinales en bas et à gauche.

Matité de la base du poumon droit, râles fins à la partie moyenne. Malgré la netteté du diagnostic, le très mauvais état général fait hésiter le chirurgien.

Le 22 février, nouvel ajournement de l'opération après consultation du Dr Ramonet, médecin-major, qui pense que le malade est à la dernière période de cachexie, et succomberait probablement pendant l'opération.

A ce moment, le malade, sous l'influence des efforts et de l'émotion, a

(1) Forganel, Félix, médecin aide-major de 1re cl. — Observation inédite.

un accès de toux, et pour la première fois une vomique de pus épais, jaune foncé, très fétide. Evidemment son abcès du foie vient de s'ouvrir dans ses bronches.

Les jours suivants, malgré l'expectoration purulente, le malade n'a éprouvé aucun soulagement. Le volume du foie a augmenté : les douleurs sont de plus en plus violentes. Le malade parle de s'ouvrir lui-même le ventre avec un couteau, ou de se tirer un coup de fusil. Devant un tel désespoir, on se résout à pratiquer l'opération, qui est faite le 5 mars par le Dr Forganel.

Opération. — Procédé de Little, modifié par Ramonet ; pas de chloroforme, antisepsie rigoureuse. Ponction avec le gros trocart de Potain au sommet de la voussure ; il ne sort que du sang. Nouvelle ponction un peu plus haut et à droite. Issue d'un pus très épais mêlé de débris solides et grisâtres et de sang. On en évacue ainsi avec l'aspirateur 1500 gr. environ. Ensuite, sur le trocart conducteur, on fait une incision parallèle à la dernière côte et à deux centim. au-dessous d'elle. Cette incision est faite couche par couche et petite d'abord. Puis s'étant assuré que des adhérences solides existent entre le foie et la paroi, on prolonge sans crainte la section d'un seul coup de 10 à 12 cm. environ. Il s'échappe des flots de pus d'odeur infecte, mêlé de sang, de débris hépatiques sphacélés et d'air sortant des bronches à chaque quinte de toux. On évalue à 1 litre le pus évacué ainsi ; grande irrigation d'eau phéniquée à 25 pour 1000. Vers la fin de l'irrigation, le malade éprouve dans la bouche le goût d'eau phéniquée.

Mise en place de deux drains parallèles jusqu'au fond de la cavité (soit 27 centim.). Pansement gaze iodoformée, etc....

Soulagement immédiat. — Température retombée à 37°5 dès le soir.

Les jours suivants amélioration graduelle. — L'acide phénique ayant été trouvé en grande quantité dans les urines, on pratique désormais les lavages à l'eau boriquée ou au sublimé $\frac{1}{1000}$.

8 mars. — L'acide phénique persiste dans les urines — presque pas de pus dans le pansement. — Il ne sort plus d'air à travers la plaie. Plus de toux ; aucune souffrance, même à la pression.

Les suites continuent à être excellentes ; seulement on signale, le 16 mars, que la dernière côte est devenue douloureuse et tuméfiée. Cinq jours plus tard un petit abcès qui s'est formé à ce niveau s'ouvre seul dans la lèvre inférieure de la plaie.

Le 2 avril il n'y a plus qu'un petit drain ; mais la température remonte à 39°4. — Toux fatigante.

Le 5 avril, la toux fait encore sortir par la plaie du pus et de l'air pulmonaire.

Le 17 avril, on est obligé de replacer un drain ; expulsion d'air et de pus. Mais le drain tombe facilement.

A travers ces incidents fréquemment répétés, l'opéré finit par guérir en conservant une fistule. Il refuse de se laisser réséquer le fragment

costal qui est cause de cette complication, et a repris toutes les apparences d'une belle santé.

Nous pourrions trouver dans les auteurs, et dans nos notes personnelles, un bon nombre de faits analogues aux précédents et prouvant que l'on a été souvent obligé dans les abcès vidés par les bronches d'en venir à une ouverture extérieure. On en trouvera des exemples dans les obs. XCI et CXIV.

Nous ne citerons ici que l'exemple d'un de nos derniers opérés, parce que nous l'avons particulièrement étudié au point de vue de cette indication spéciale.

Obs. LXXV (1). — Marx, 25 ans, soldat d'infanterie de marine, arrive, en avril 1893, du Dahomey, où il a eu un accès pernicieux et plusieurs autres atteintes de paludisme.

Jamais il n'aurait eu de diarrhée ni de dysenterie.

Il a aussi souffert du foie et on l'a considéré comme atteint de congestion de cet organe. Il est dans un état d'anémie profond, d'un teint pâle et terreux, bouffi et extrêmement faible, la température monte irrégulièrement à 38° ou 39°. Quoique d'une très haute stature, il ne pèse que 59 kilogs ; il pesait, dit-il, avant sa maladie, 92 kilogs.

Néanmoins l'appétit est assez bon et les digestions satisfaisantes.

4 Mai. — Douleurs continues au niveau du foie, voussure étendue du mamelon droit jusqu'au dessous des fausses côtes ; matité verticale de 18 centimètres à ce niveau.

Les jours suivants, état extrêmement grave avec frissons, suffocations, etc.... (ventouses sèches, thé punché, morphine), accès de fièvre violents sur lesquels la quinine n'exerce aucune influence.

10 Mai. — A la suite d'une quinte de toux le malade a rendu par la bouche environ 300 grammes de pus d'aspect hépatique ; la région du foie devient aussitôt moins douloureuse, le pouls est calme et la température tombe à 37°.

11 Mai. — Cette nuit, nouvelle vomique de 250 grammes de pus.

12 Mai. — Expectoration purulente continue, température 38°4, état général mauvais.

18 Mai. — Le malade a expectoré dans la nuit environ 200 grammes de liquide sanguinolent ne contenant pas de pus. Des signes analogues sont notés du 20 Mai au 3 Juin, moment de son entrée à la salle de chirurgie ; la persistance de la fièvre, de la faiblesse et du développement de l'hémithorax fait penser à la nécessité d'une opération. En examinant attentivement le thorax, on remarque que la matité remonte surtout en arrière où il y a de la condensation du poumon.

Aucun signe de pleurésie, la palpation et la pression du foie ne

(1) Inédite.

réveillent pas de douleurs vives, mais il existe une sensation de pesanteur endolorie de tout l'organe, sensation qui ne s'est guère modifiée malgré les évacuations bronchiques.

5 Juin. — Une ponction capillaire pratiquée dans le huitième espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure et à trois bons travers de doigt de la limite supérieure de la matité, ramène à une profondeur de 10 centimètres du pus couleur lie de vin. On administre le chloroforme, et, pour rechercher un point où le pus soit situé moins profondément, on fait deux nouvelles ponctions dans le huitième espace, plus en arrière que la première. Sur la ligne axillaire postérieure on trouve le pus à 4 centimètres de profondeur. Incision de 10 à 12 centimètres sur la huitième côte dont on résèque un fragment de 5 centimètres environ ; à ce moment le malade respire mal, il fait des efforts de toux et de brusques inspirations qui imposent à la paroi thoracique des mouvements désordonnés. Cet incident amène la pénétration d'une petite quantité d'air dans la plèvre au moment où celle-ci est incisée. Néanmoins on réussit à suturer les lèvres de la plèvre costale à deux lignes parallèles prises sur la plèvre diaphragmatique. Du reste il n'y a pas trace d'adhérences à cet endroit ni d'épanchement, et le diaphragme convexe se présente dans l'entrebâillement de la plaie sans qu'à aucun moment on voie le poumon. Pour atteindre le pus il faut diviser 3 à 4 centimètres de foie sain, et on essaie de le faire au thermocautère par crainte de l'hémorrhagie; mais c'est une manœuvre trop lente ; le malade continuant à s'agiter, on achève au bistouri. Il sort une grande quantité de bouillie hépatique.

Le doigt, explorant la cavité, rencontre en haut et en arrière une perforation large comme une pièce de cinquante centimes, par laquelle se fait la communication de l'abcès avec le poumon. Le reste de la paroi est velouté et frangé. On le traite par le curetage méthodique avec de grandes curettes de Volkmann. Lavages boriqués, mise en place de deux gros drains adossés en canon de fusil. Les lavages n'ont provoqué ni quinte de toux ni régurgitation d'eau, ni goût particulier. La température, qui était de 39° avant l'opération, tombe à 35°5 dans l'après-midi; état de shock manifeste (thé punché, injections d'éther, etc.).

6 Juin. — Température remontée à 38°, le malade se trouve bien. Il n'accuse que de la douleur au niveau de la plaie pendant la toux ; expectoration nulle ; suppuration abondante.

Les jours suivants l'amélioration se prononce ; la toux a cessé complètement; il n'y a pas de crachats; la suppuration expulsée pendant les lavages diminue ; la température reste constamment entre 37° et 38°.

15 Juin. — La cavité hépatique est très réduite, les drains sont expulsés, état général excellent, poids : 61 kilogs.

23 Juin. — Poids : 66 kilogs, suppuration tarie, gonflement douloureux du pied gauche. Quelques douleurs musculaires dans les membres inférieurs où l'homme déclare avoir déjà présenté de petites poussées rhumatismales.

29 Juin. — Rhumatisme dissipé, il n'y a plus d'autre suppuration que celle de quelques bourgeons charnus à la peau ; poids : 70 kilogs.

5 Juillet. — Part en congé de convalescence.

Cette observation nous permet de suivre : 1° la formation d'une migration bronchique; 2° les vomiques intermittentes qui s'atténuent et sont ensuite remplacées par des crachats sanguinolents ne contenant presque plus de pus; 3° le retour de tous les accidents et de la fièvre hectique par insuffisance de cette voie d'élimination ; 4° l'incision large extérieure avec tous ses détails de technique et tous ses avantages.

En face de ces faits si probants, il est bon de rappeler combien souvent les abcès évacués par les bronches ont en définitive, après de longs mois d'épuisement, entraîné la mort, les médecins se croyant condamnés à l'inertie parce que le malade crachait son abcès. En jetant un coup d'œil sur les statistiques et notamment sur notre série de Saint-Mandrier, on se rend compte que plus de la moitié des évacuations par la voie bronchique sont suivies de mort dans un délai plus ou moins long. Evidemment un bon nombre de ces cas funestes se changeraient en guérisons par une intervention opportune.

L'ouverture de l'abcès dans la plèvre, sans évacuation bronchique, est une indication formelle et pressante d'incision chirurgicale. Il ne faut fonder aucun espoir sur l'issue possible, par les bronches, d'une collection qui aura déjà passé du foie à la plèvre, car si cette migration se complétait, elle constituerait le pyo-pneumo-thorax hépatique qui ne pardonne pas, et offre peu de chances de salut, même traité chirurgicalement.

Dans les cas où cette double communication de l'abcès hépatique avec les bronches et la plèvre est déjà réalisée, quelle est la conduite à tenir ? Ne rien faire, c'est la mort certaine. Mais on a le choix entre un empyème et une hépatotomie ; en d'autres termes on peut chercher à évacuer le pus en drainant la plèvre ou en drainant le foie. C'est là une question de pratique qui n'est pas résolue ni même discutée par les auteurs.

Mais nous pensons qu'il y a tout avantage à atteindre d'emblée le foie, pour trois raisons : 1° parce que l'on aura ainsi une incision plus déclive, et qu'une évacuation bien située supprimera en peu de jours le passage du pus par les voies supérieures ; 2° parce que le foie étant la source du pus, et continuant à en fournir par fonte de son tissu et la chute des parties nécrosées, l'incision faite sur cet organe, les lavages antiseptiques qui y pénètrent directe-

ment, et surtout le curetage, tariront le pus *dans sa source*, en supprimant les causes mêmes de la suppuration. Les trajets dans le poumon, le médiastin ou la plèvre n'étant que de nature ulcéreuse simple, sans tuberculose, s'oblitèreront par la suite; 3° parce que l'incision d'un espace élevé, conduisant dans l'épanchement pleural, rendra très laborieuse l'ouverture du foie à travers la convexité du diaphragme comme on peut s'en rendre compte en lisant l'observation empruntée à Ferron. Il serait possible cependant que les diverticules et clapiers successifs et notamment le pus du sac pleural ne puissent être entièrement asséchés par le traitement costal inférieur. On en viendrait alors, s'il le fallait, à une ouverture secondaire dans la plèvre, qui aurait chance d'être moins grave si déjà la fistule pulmonaire avait pu se fermer.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'intervenir dans un abcès déjà évacué par l'intestin, mais nous en connaissons quelques exemples. L'issue intestinale est beaucoup plus favorable que celle dans les bronches, et la nécessité d'opérer sera plus rare dans ce cas. Néanmoins nous n'hésiterons pas à nous conformer aux mêmes règles que pour les migrations thoraciques, prenant toujours la fièvre comme indication principale d'agir.

§ 4. — Complications opératoires et suites

L'intervention dont nous nous déclarons si nettement partisans dès que le pus est constaté, n'est pourtant pas sans présenter quelques inconvénients dont nous devons nous occuper. Ces inconvénients sont tantôt des accidents opératoires, tantôt des complications ultérieures. Les premières sont l'hémorrhagie, le pneumothorax, les hernies, les blessures viscérales ; les secondes sont la pleurésie, la péritonite, la cholerrhagie, la gangrène.

Hémorrhagie. — Elle a ordinairement pour cause la blessure du foie produite par l'instrument tranchant. Les écoulements sanguins qui proviennent des parois sont ordinairement négligeables, et si même une artériole ouverte méritait une ligature ce serait là une bien petite complication. Un peu plus sérieuse serait la blessure de la mammaire interne ou plutôt de l'une de ses branches terminales. La branche interne, presque accolée à l'appendice xyphoïde, n'a guère chance d'être atteinte, mais la branche externe descendant sous la pièce cartilagineuse commune des 6me,

7me, 8me, 9me côtes, serait plus facilement lésée. Ces artères mériteraient une ligature. Quant aux intercostales, il faudrait aussi les lier si elles donnaient, et leur blessure est fréquente quand on resèque une côte ; mais le sang qu'elles donnent cesse promptement de couler, dès que la côte n'y est plus, ce qui permet aux deux bouts de l'artère de se rétracter et de s'oblitérer spontanément. L'opération d'Eslander a permis de faire souvent cette expérience. On pincera donc l'artère dès qu'elle fournira son jet de sang, mais le plus souvent il sera inutile de faire une ligature.

Des hémorrhagies plus redoutables proviennent des vaisseaux du foie, que le bistouri peut rencontrer, surtout dans les sections profondes de l'organe. Nous n'en connaissons pas d'exemple mortel; toutefois la relation suivante prouve que cet accident peut donner de grandes inquiétudes.

Obs. LXXVI. — Maillet (1), gendarme, 36 ans, a passé plusieurs années en Algérie, où il n'aurait jamais eu ni fièvre, ni dysenterie. Est rentré en mai 1891 ; depuis les derniers jours d'août est pris de dysenterie ; selles tantôt vertes, tantôt râclure de chair, tantôt très-sanglantes. Temp. très inégale de 36°6 à 40°2. (julep sulfaté, ipéca macéré, naphtol.... lait).

Tout le mois de novembre se passe ainsi.

10 décembre. — Se plaint d'une douleur très vive dans l'épaule droite. L'examen de la région hépatique montre une voussure très nette soulevant le rebord costal du côté droit. La matité mesure une hauteur de 15 cm. Temp. du soir aux environs de 39°.

16 décembre. — Deux ponctions faites avec l'aiguille N° 3, de l'appareil Potain, l'une au-dessous des côtes, l'autre dans le 10me espace, n'ont rien donné.

Deux mois se passent ainsi, la fièvre étant tombée et la dysenterie s'étant transformée en une lienterie chronique.

Etat général mauvais ; grand amaigrissement, douleurs vagues dans la région hépatique, persistance du gonflement.

16 février 92. — Les phénomènes hépatiques s'affirment de plus en plus, le malade est dirigé sur le service de chirurgie.

Après avoir lavé et désinfecté la région thoraco-abdominale, on plonge au niveau du point le plus douloureux, et le plus saillant, à un travers de doigt en dessous des côtes et à 6 centimètres de la ligne médiane, le plus gros trocart de Potain. Rien n'arrive dans le réservoir. Enfonçant alors de toute sa longueur le trocart, qui plonge ainsi à 8 cm. on voit arriver un flot de pus ; on arrête aussitôt l'évacuation mais on laisse la canule en place. Chloroformisation.

On pratique à un travers de doigt en dessous de la pièce cartilagi-

(1) Inédite.

neuse commune, une incision de 8 à 9 cm. couche par couche. Le péritoine est incisé sur la sonde cannelée pour ne pas risquer de blesser l'intestin. Le foie étant mis à nu, on y pratique une incision de 4 à 5 cm. en se servant du trocart comme conducteur. Mais celui-ci est chassé de la plaie, pendant une quinte de toux avant que le bistouri eût atteint le pus. Pendant les tentatives que l'on fait pour retrouver la voie perdue, le malade continue à faire des efforts, et l'on voit apparaître dans l'angle de la plaie un bourrelet d'épiploon et une anse intestinale. On les maintient réduits à l'aide d'une compresse phéniquée. Le pus n'est retrouvé qu'en inclinant fortement le trocart de bas en haut, et l'on est obligé, pour suivre cette direction, de réséquer une portion de 6 à 7 cm. du cartilage commun. La plaie est alors facilement agrandie ; on arrive enfin sur la collection purulente qui est située à 7 ou 8 cm. de profondeur. Pus épais, grumeleux, jaunâtre et non pas chocolat. Le doigt explorateur constate que le fond du trajet chirurgical est très étroit, que la poche semble vaste, et qu'elle est tapissée par une coque dure et polie. Voulant alors agrandir l'ouverture profonde pour donner plus libre écoulement au pus, on débride avec le bistouri boutonné, vers la ligne médiane. Il se produit aussitôt une hémorrhagie veineuse très importante ; après avoir essayé de l'arrêter, sans aucun succès, avec le thermocautère, on juge prudent de faire un tamponnement de gaze iodoformée en parachute, achevant le pansement par une compression soutenue.

Le malade se trouve en état de shok assez fort (Injections d'éther, thé punché) ; la température remonte à 36°6.

17 — Point de souffrance, on ne touche pas au pansement.

18 — Temp. = 38°8. On enlève le tamponnement, l'hémorrhagie ne se reproduit pas, on met en place deux gros drains (irrigations boriquées).

19 — Temp. matin = 39°8, — le soir = 40°2 — selles involontaires.

Des quintes de toux donnent lieu pendant le pansement à une nouvelle irruption d'une anse intestinale; elle est refoulée, et l'on fixe par une suture de soie la lèvre inférieure de la plaie hépatique à la lèvre correspondante du péritoine pariétal, afin d'établir une barrière contre la tendance qu'ont les viscères à s'échapper par cette partie de l'incision.

20 — Temp. matin 39°3. — Mort.

Autopsie. — Œdème à la base du poumon droit, adhérences diaphragmatiques de cet organe.

Le foie, très volumineux, adhère fortement au diaphragme par sa face supérieure et au côlon par sa face inférieure: par ailleurs le péritoine est absolument sain; au niveau de la suture il n'y a pas d'adhérence formée, le foie présente sur sa face convexe et à l'extrémité interne du lobe droit, une plaie de 4 cm. qui conduit après un trajet de 7 cm. au tissu sain, à une cavité purulente centrale. En examinant cette cavité on trouve des caillots bien organisés adhérents dans l'angle de la plaie hépatique et qui cachent l'ouverture d'une grosse veine. Celle-ci, qui avait été sectionnée par le débridement opératoire, est une branche importante de la veine

porte, dont elle n'est distante, au point coupé, que de 4 à 5 cm.

La cavité de l'abcès, une fois le pus évacué, contient encore quelques caillots adhérents. C'est une poche unique pouvant admettre les deux poings, occupant tout le lobe droit et présentant plusieurs diverticules. Deux principaux sont dirigés, l'un en haut, où il se termine près de la capsule de Glisson, là où il y a des adhérences du foie et du poumon au diaphragme; l'autre en bas, vers l'extrémité supérieure du côlon ascendant qui est aussi adhérent.

Les parois de cette vaste cavité sont presque partout, sauf dans les diverticules, revêtues d'une coque fibreuse très dense. L'incision a pénétré dans la cavité vers son extrémité gauche; elle l'aurait atteinte plus superficiellement si on l'avait pratiquée quelques centimètres plus à droite. Le foie pèse 2,150 gr. Son tissu est partout en dégénérescence graisseuse avancée. La rate pèse 200 grammes.

La muqueuse du colon présente des plaques rouges, enflammées, épaisses, et des ulcérations les unes encore saignantes, les autres plus nombreuses en voie de réparation, très pigmentées sur leurs bords et offrant la forme en jeu de patience.

Cette observation offre un grand intérêt. Elle nous montre que l'on s'expose à des hémorrhagies importantes en faisant des débridements profonds du foie, surtout dans *la région du hile.*

Quoique l'hémorrhagie ne soit pas ici la cause principale de la mort, elle a pu y contribuer, l'homme étant déjà épuisé. Nous voyons aussi que la cautérisation ignée arrête mal ces hémorrhagies, et que le tamponnement iodoformé suffit au contraire à les tarir. A d'autres points de vue, ce cas offre de curieuses particularités : hernie intestinale se reproduisant après trois jours; suture du foie au bord inférieur de la plaie; et aussi forme de l'abcès qui pouvait s'ouvrir spontanément par une double cheminée dans le poumon et l'intestin.

Tout récemment MM. Loison et Arnaud (1) ont cité un cas d'hémorrhagie opératoire assez abondante dont ils sont venus à bout par le tamponnement; ils employèrent la canule de Dupuytren à chemise bourrée de gaze iodoformée.

Pour prévenir ces accidents, rares en réalité, quelques chirurgiens et entre autres, Zancarol d'Alexandrie, emploient toujours le thermocautère pour les sections du foie. Nous nous sommes servis quelquefois de cet instrument quand nous avions à traverser une couche de tissu hépatique sain très épaisse. Mais la lenteur extrême des grandes sections par ce procédé est un inconvénient sérieux, surtout si l'opéré s'agite, ou ne peut supporter le chloro-

(1) Loison et Arnaud. — Revue de Médecine, 1892, p. 907.

forme. Le thermocautère du reste se refroidit constamment au milieu de l'écoulement sanguin et purulent dont il est baigné, et nous l'avons toujours laissé de côté, après essai, pour la section proprement dite. La section faite, il peut servir avantageusement, en le tenant modérément chaud, à assécher le suintement en nappe du parenchyme hépatique. Encore ne faudrait-il pas avoir une confiance absolue dans cet instrument pour se mettre à l'abri des hémorrhagies hépatiques.

Nous citerons ici à l'appui de nos réserves quelques lignes d'une observation dans laquelle M. Labbé eut à lutter contre cet accident dans l'ouverture d'un kyste profond du foie (1).

« Pour servir de guide et confirmer le diagnostic, on enfonce » dans l'épaisseur du parenchyme hépatique le plus gros trocart de » l'appareil Potain. Il faut enfoncer le trocart de 10 à 12 cm. avant » d'arriver dans la cavité kystique, il s'écoule aussitôt un litre à » un litre et demi de liquide clair caractéristique. La cavité » vidée, le trocart est laissé en place pour servir de guide et » M. Labbé incise le parenchyme hépatique au thermocautère » dans une étendue de 6 cm. environ. Les premières couches sont » sectionnées facilement et sans écoulement sanguin, en arrivant » plus profondément M. Labbé plonge le couteau thermique le » long du trocart qui sert de guide ; mais à peine a-t-il pénétré de » 5 cm. environ, qu'un écoulement très abondant de sang rouge » remplit le foyer opératoire. On essaie vainement d'arrêter » l'hémorrhagie en cautérisant dans la profondeur, le sang » s'écoule abondamment ; on place une ou deux pinces dans les » régions qui semblent être le siège de l'écoulement, et finalement » on est obligé de tamponner sérieusement le foyer opératoire » avec la gaze iodoformée et de suspendre l'opération. Les suites » ont été du reste aussi satisfaisantes que possible. »

Il est bon de faire remarquer que Labbé avait procédé par *laparatomie médiane sus-ombilicale*, et qu'il avait par suite à agir sur une région hépatique voisine du hile.

A côté de ces hémorrhagies par blessure d'un vaisseau important on parlait beaucoup autrefois des *hémorrhagies ex vacuo* qui se produiraient dans une cavité brusquement vidée de son contenu. Cette crainte, exprimée notamment par Sachs, du Caire, imposait des évacuations graduelles.

Or, c'est là une appréhension chimérique. Comment peut-on

(1) Michaux. — Sur deux variétés de kystes du foie... Congrès de chirurgie, 1891, p. 531.

admettre théoriquement qu'une cavité que l'on incise, et qui se vide seule, recèle après ce libre écoulement un vide qui puisse faire appel aux liquides voisins ? L'abcès commencerait par retenir son pus s'il ne pouvait s'affaisser. Nous savons du reste que le foie se rétracte avec une rapidité et dans une mesure étonnantes, après l'évacuation. Il n'y a donc aucune tendance au vide. Cette hypothèse n'aurait quelque vraisemblance que dans le cas de ponction aspiratrice continue, dans un foie qui serait fixé par des adhérences solides. En dehors de cette circonstance, que la chirurgie actuelle ne connaît plus, il n'y a point d'hémorrhagie *ex vacuo.*

D'ailleurs le tissu du foie formant paroi d'un abcès est tellement transformé, condensé, *thrombosé*, si même il n'est pas revêtu d'une coque fibreuse résistante, qu'il ne peut pas saigner. Il ne saigne même que très peu sous l'action de la curette.

En définitive, les seules hémorrhagies à redouter sont celles qui résultent de la blessure d'un vaisseau hépatique important par le bistouri.

Les quelques faits que nous avons rapportés nous dispenseront d'être longs sur le traitement de cette complication.

D'abord on peut l'éviter en cherchant par des ponctions multiples quel est le point du foie où la couche hépatique saine à franchir est la moins épaisse.

En second lieu on s'éloignera autant que possible de la région du hile qui forme *la zone dangereuse.*

En outre on avancera, couche par couche, surtout dans les sections profondes, afin de pouvoir lutter contre une hémorrhagie possible, sans être envahi par le flot de pus qui gêne beaucoup les manœuvres ; on essaiera le thermocautère, non comme moyen de section, il est trop lent et pas assez sûr, mais comme application hémostatique, en le chauffant peu, si l'on peut voir la source d'un écoulement sanguin. On pourra aussi essayer de mettre de bonnes pinces sur les points qui saignent. Mais tous ces moyens sont infidèles, et un bon tamponnement iodoformé réussit toujours. Exécuté avec la canule à chemise de Dupuytren, il aurait l'avantage de ne pas s'opposer à l'irrigation antiseptique de l'abcès. Si l'abcès a été vidé et nettoyé, le tamponnement en parachute à la manière de Mickuliz, pourra être laissé deux ou trois jours en place, et sera à la fois un agent hémostatique, antiseptique et de filtration.

Hernies. — Quelques autres accidents peuvent se présenter au

cours de l'opération. Si l'on agit par la voie péritonéale, on peut voir se produire une *hernie* intestinale ou épiploïque. Nous avons étudié cet accident ci-dessus à propos des adhérences. Nous avons vu qu'il s'est ordinairement présenté dans les incisions rapprochées de la ligne médiane, et situées un peu au-dessous du bord costal. Il y aurait lieu dans cette région de ne pas exagérer la longueur de l'incision, car on ne coupe pas impunément le ventre en travers. Comme à ce niveau il n'y a point de côte à réséquer, et que le pus peut y être très superficiel, on pourra souvent limiter la plaie pariétale à 5 ou 6 centim. réservant les grandes incisions pour les cas où l'on aurait besoin de rechercher l'abcès à la face concave.

Mais si la hernie se produit, le pronostic n'est pas pour cela très aggravé, l'issue de l'intestin étant un accident fréquent et bénin dans toutes les laparotomies. Le seul point particulier au cas qui nous occupe, consiste dans la présence du pus qui peut venir souiller les organes herniés, et en rendre la réduction dangereuse. Pour l'épiploon, on devra dans ce cas éviter de réduire, mais plutôt le fixer dans l'angle de la plaie, et le protéger à l'aide de gaze iodoformée. Pour l'intestin, avant de le refouler dans la cavité péritonéale, on l'arrosera à plusieurs reprises d'eau boriquée, obturant pendant ce temps l'orifice de l'abcès, et tenant ensuite la paroi comprimée en dessous de l'incision dès que l'anse herniée aura été réduite. Si l'on redoute la reproduction de la hernie on fixera la lèvre inférieure de la plaie hépatique à la lèvre corresdante de l'incision. La suture devra comprendre le péritoine, mais non la peau. Nous donnons ce conseil, sans expérience personnelle, le seul cas dans lequel nous l'ayons employé ayant été trop vite suivi de mort, pour que nous puissions en tirer des conclusions.

Perte de parallélisme. — La suture a du reste été employée en vue de remédier à un autre accident qui peut devenir une vraie complication. Nous voulons parler du retrait brusque du foie après l'incision, retrait qui détruit le parallélisme des plans sectionnés et empêche quelquefois le drainage. A la société de chirurgie (1) Bouilly, Périer, Peyrot et Quenu, puis Tuffier (2) se sont déclarés partisans de la suture du tissu hépatique à la paroi abdominale; c'est pour eux une bonne précaution afin d'éviter le déplacement de l'organe. Chauvel a très justement répondu que la

(1) Soc. de chirurgie, 7 janvier 1891.

(2) Soc. de chirurgie, 12 octobre 1892.

suture faite ainsi avant l'évacuation pouvait fixer le foie dans une situation anormale. Le mieux, pour éviter ces déplacements qui rendent le trajet du drain vertical, c'est de calculer ce retrait, et d'inciser la paroi très haut, c'est-à-dire tout contre le bord costal ; il est même bon parfois de réséquer un fragment du cartilage commun, pour atteindre plus directement la face convexe du foie. Le trajet de la peau à l'abcès se trouve ainsi normal à la surface de la glande, c'est-à-dire qu'il est presque descendant au moment où l'on pratique l'incision. Il devient horizontal ou à peine ascendant quand la cavité est vide, et en tout cas il reste direct.

Si à ce moment, quand le foie est revenu sur lui-même, on craignait l'issue de l'intestin ou la pénétration du pus par suite des efforts de toux, vomissements, etc., la suture de Horner pourrait être pratiquée, particulièrement sur la lèvre inférieure, dont la traction de bas en haut n'a point d'inconvénient.

Blessure de l'intestin. — La blessure d'une anse intestinale, par le bistouri manœuvré précipitamment, comme dans le procédé en un seul temps de Shanghaï, serait une complication fort grave et dont heureusement nous ne connaissons pas d'exemple. Malgré cela, comme c'est un accident possible surtout vers la ligne médiane, il faut suivant nous (avis formulé du reste par plusieurs chirurgiens, Ramonet, Hache, etc.), renoncer absolument à la section en un seul temps de toute la paroi et de la couche saine du foie. C'est couche par couche qu'il faut marcher, en examinant l'état du péritoine quand on l'atteint, les adhérences, la présence de l'épiploon ou de l'intestin, etc. En définitive on se conforme aux règles de la laparotomie.

Pneumothorax. — Quand l'opération est pratiquée par la voie transpleurale, c'est-à-dire qu'on pénètre à travers les espaces intercostaux, l'ouverture brusque de la plèvre peut produire le pneumothorax et le pyo-thorax ; enfin on peut dans certaines circonstances blesser le poumon.

Le pneumothorax d'origine externe, tout différent de celui qui provient de la perforation d'une bronche, a pour *condition physique* la pénétration de l'air atmosphérique par un hiatus pratiqué à la paroi. Ce fait est classique. Mais les auteurs ont presque toujours négligé de bien mettre en lumière la *condition anatomique* nécessaire à la production du pneumo-thorax. Cette condition anatomique c'est le *rapport immédiat du poumon libre contre la paroi thoracique.* Pour que l'air puisse en effet envahir la plèvre il faut qu'il refoule le poumon, organe élastique et non adhérent.

La pression atmosphérique transmise sur la surface du poumon mis à nu le déprime, ou plutôt lui permet de se déprimer par sa propre élasticité, cette propriété du tissu pulmonaire reprenant son énergie au moment où la pression intra et extra-pulmonaire se font équilibre.

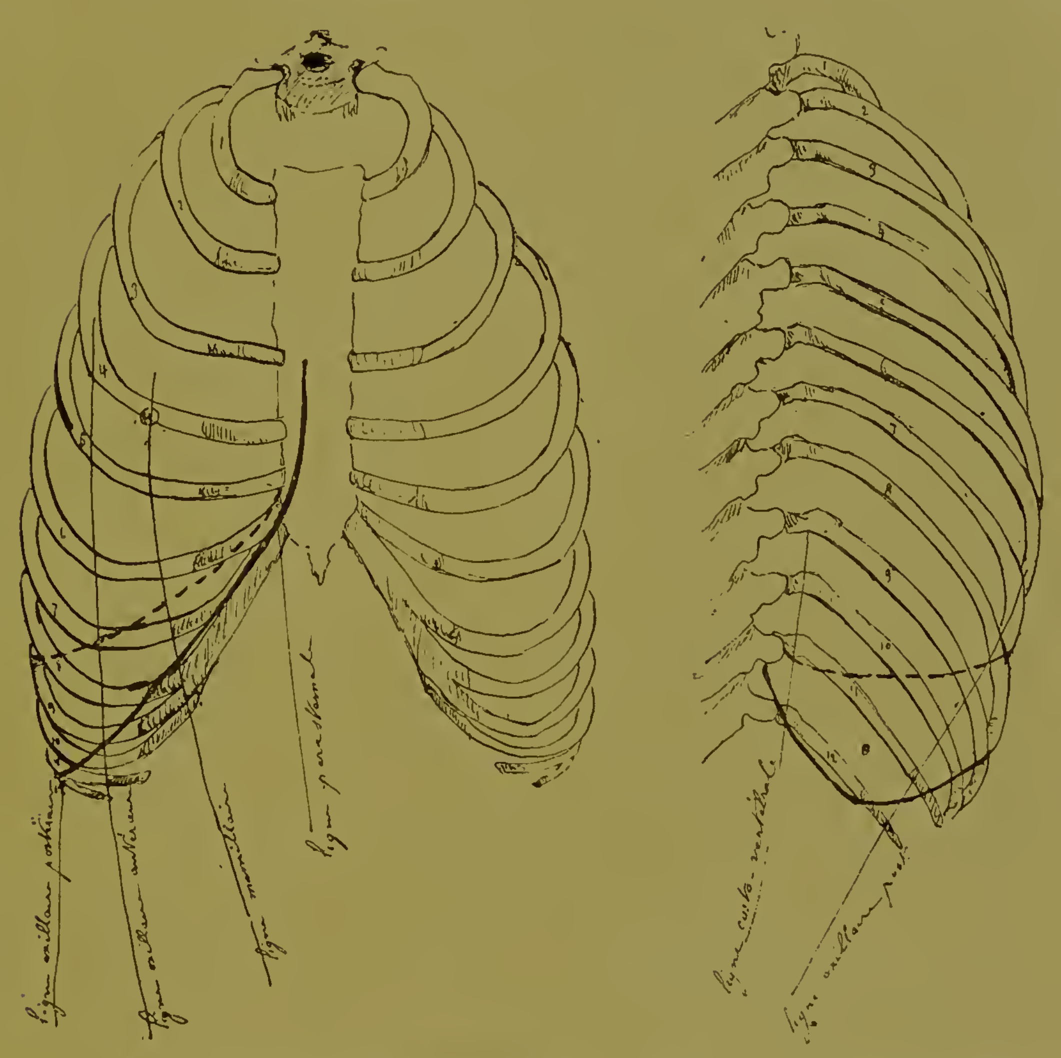


Fig. 2. — Sinus costo-diaphragmatique. — Face antérieure.

Fig. 3. — Sinus costo-diaphragmatique.— Face postérieure.

Or, les auteurs ne disent pas qu'il existe une zone étendue dans laquelle le poumon n'étant pas en regard de la paroi thoracique le pneumothorax ne peut être produit par une simple incision de la paroi. Le poumon ne pénètre pas dans le sinus costo-diaphragmatique, et l'on peut par suite traverser cette région, sans le rencontrer, ni s'exposer beaucoup à un pneumo-

thorax. Mais il importe de déterminer l'étendue de cette zone. Les figures ci-dessus aideront à faire comprendre cette disposition.

Le sinus pleural costo-diaphragmatique commence au bord droit du sternum, au niveau de l'insertion de la septième côte. Le cartilage de la septième côte, quoique fusionné dans la pièce commune, peut cependant être facilement reconnu sur le vivant. De là le fond du sinus, ou ligne de réflexion costo-diaphragmatique, que nous appellerons tout simplement *le sillon*, suit entre la septième et la huitième côte (fig. 2 et 3; ligne pleine) pour venir couper cette dernière au niveau de l'articulation chondro-costale, à 15 ou 16 cm. de la base de l'appendice xyphoïde. Continuant la même ligne oblique en dehors, le sillon passe sous la 9e côte, à 2 cm. en dehors de son articulation chondrale et à 20 cm. de l'appendice xyphoïde; puis sous la 10e côte, à 4 cm. de son articulation chondrale et à 9 ou 10 cm. de l'encoche qui indique l'union ligamenteuse de son cartilage à la pièce commune. Sous la 11e côte le sillon passe à 5 cm. du bout flottant (fig. 3); et sous la 12e à 4 cm. du bout flottant. De là le sillon suit le bord inférieur de la 12e côte et souvent même le dépasse un peu par en bas, puis vient rejoindre l'apophyse transverse de la 12e vertèbre dorsale.

On peut avec ces mesurations tracer ce sillon sur un thorax ordinaire sans courir aucun risque de se tromper, car les chiffres que nous donnons ont été presque constamment les mêmes sur un grand nombre de cadavres. Par suite, en incisant la paroi dite thoracique, en dessous de cette ligne, on fera en réalité une incision abdominale, car on n'intéressera pas la plèvre.

Tel que nous venons de le décrire, le sillon costo-diaphragmatique forme la limite inférieure d'une cavité virtuelle dans laquelle le poumon ne descend pas, et qui présente la coaptation de la plèvre diaphragmatique avec la plèvre costale. Seulement, comme le poumon s'insinue plus ou moins dans la partie supérieure de ce sinus, il n'y a pas de limite supérieure fixe. Ce sinus est naturellement moins étendu en hauteur à la fin de l'inspiration qu'à tout autre moment, car le diaphragme s'abaisse et le poumon est distendu à cet instant; mais jamais il n'est complètement effacé.

Sur le cadavre sain la hauteur du sinus est au maximum puisqu'on l'examine dans le maximum d'expiration. Chez le vivant une percussion attentive permet d'en fixer la limite supérieure, qui correspond au point où la submatité hépatique devient matité

absolue. En relevant ces points dans la demi ceinture droite suivant les cinq lignes ci-dessous indiquées (ligne ponctuée), on trouve les mesures suivantes :

Hauteur du sinus suivant la ligne		parasternale.	1 cm.
»	»	mamillaire	5 cm.
»	»	axillaire antérieure. . .	8 cm.
»	»	axillaire postérieure . .	9 cm.
Hauteur dans la gouttière costo-vertébrale.			5 cm.

Comme on le voit, le maximum de hauteur correspond à la ligne axillaire postérieure en une région qui mérite le nom de *cul-de-sac pleural postérieur*. Il ne faut pas croire que ces hauteurs soient exagérées ; elles sont au contraire inférieures à celles que l'on rencontrera chez les malades ayant un foie volumineux, remonté, et fixé par des adhérences. On aura alors une zone d'accès bien plus élevée, dans laquelle le foie pourra être atteint sans léser le poumon.

Or, dans toute cette zone, il ne peut pas se produire de pneumothorax. En effet, le bistouri qui a ouvert l'espace intercostal, au lieu de trouver devant lui le poumon, organe élastique et dépressible, rencontre le diaphragme soutenu par le foie, c'est-à-dire un plan ascendant, ferme, glissant contre la paroi thoracique, sans jamais s'en écarter. Lorsque nous avons opéré par la voie transpleurale dans le 8me, 9me, 10me, 11me espace intercostal, nous avons souvent montré à nos assistants, le feuillet diaphragmatique, lisse, vertical qui exécutait des mouvements d'ascension et de descente alternatifs, en glissant exactement contre la boutonnière que l'on venait de pratiquer et sans s'en écarter jamais. Ce n'est que dans des convulsions du diaphragme (toux violente, vomissements) que quelques petites aspirations se produisent avec un sifflement caractérisque; ou bien encore vers la limite supérieure du sinus, où la coaptation du diaphragme est moins exacte et où il se produit de fréquentes introductions d'air atmosphérique.

Ainsi les meilleures conditions pour éviter le pneumothorax consistent à pénétrer dans le 7me espace et en dessous, si l'on opère sur la ligne du mamelon ; dans le 9me espace et en dessous sur la ligne axillaire antérieure ; dans le 10me et le 11me si l'on opère très en arrière sur le bord de la masse sacro-lombaire. En se conformant à ces indications et en évitant les mouvements désordonnés, les cris et les vomissements du malade, la crainte du pneumothorax, qui heureusement peut être limité et temporaire, est à peu

près chimérique. Mais si l'on s'élève au-dessus de la 6me côte, l'entrée de l'air dans la plèvre est très à redouter. Tel fut le cas de cet homme opéré par Ferron, et que nous avons reproduit ci-dessus (obs. LXXII). Le chirurgien avait fait une incision dans le cinquième espace et il se produisit un sifflement prolongé, avec refoulement momentané du poumon, suivis d'efforts de toux, pendant lesquels le poumon se précipitait dans l'espace intercostal.

Les suites se ressentirent de cet incident car la toux persista pénible et irritante, la bronchite fut signalée avec fièvre quinze jours et six semaines après l'opération, et enfin on craignit même une pleurésie purulente.

A notre avis une partie des périls qu'encourut ce malade vient de la voie pleurale élevée suivie par le chirurgien, dans une opération qu'il rendit du reste plus laborieuse en incisant si haut. L'incision faite directement vers le foie, à travers le sinus dépourvu de poumon, eut, suivant nous, été préférable à tous les points de vue.

Pleurésie. Pyothorax. — Mais la complication la plus redoutable que le bistouri puisse provoquer en suivant la voie transpleurale, n'est pas le pneumothorax. c'est le pyothorax. En effet, dans les mouvements que le diaphragme exécute constamment en face de la plèvre costale, et sans même s'en éloigner, il est impossible aux deux boutonnières que le chirurgien pratique (celle de l'espace intercostal, et celle du diaphragme) de rester un seul instant en regard de l'autre. Il faudrait, pour cela, arrêter la respiration. On comprend que ces changements incessants de parallélisme, dès que le pus aura commencé à couler, ne pourront se faire sans introduire une certaine quantité de liquide septique dans la plèvre. Cette quantité ordinairement minime, qui est plutôt une souillure, qu'une véritable introduction de pus, peut devenir considérable, si l'opération est lente, si le parallélisme se détruit tout-à-fait, si l'on perd l'orifice pratiqué au foie avant d'avoir pu y placer deux gros drains. On voit alors éclater, après quelques heures, une pleurésie fibrino-purulente suraiguë ordinairement mortelle. Le *pneumothorax* qui se joint à cet état pour le compliquer encore, est naturellement favorisé par la présence d'un liquide dans une plèvre qui reste ouverte. Celle-ci, dans le jeu du soufflet qui continue d'une façon paradoxale, encaisse en même temps le pus du foie et l'air du dehors. Mais le pneumothorax est en réalité consécutif au pyothorax ou à la simple pleurésie fibrineuse. Nous connaissons plusieurs cas de mort par ce mécanisme.

Ainsi, dans le cas de Couvant (obs. XCV) on avait noté de la pleurésie quelques jours avant l'opération. De même dans le cas de Garé (obs. LXXIX), on eut à lutter contre un vaste épanchement post-opératoire, alors que quelques signes de pleurésie avaient été relevés avant l'opération. Les deux observations suivantes montrent la gravité des complications pleurales après l'incision d'un espace intercostal.

Obs. LXXVII (1). — G......, Hippolyte, ouvrier mécanicien du « Bien-Hoa », 24 ans, entré à Saint-Mandrier, salle 4, service de M. le médecin principal Roux, le 13 août 1888.

Vient de faire un voyage au Tonkin à bord du transport le « Bien-Hoa ». Malade depuis une quinzaine de jours. Début par dyspepsie, fièvre rémittente et douleurs dans l'hypochondre droit. Dit n'avoir jamais eu de diarrhée.

Foie volumineux, débordant les fausses côtes, douloureux spontanément et à la pression. Voussure assez prononcée au niveau du rebord costal, siège du maximum de la douleur. Dyspepsie ; toux sèche et anhélation.

T. matin : 38°,4 ; soir : 40°,3. Bouillon ; 1 litre de lait. Potion : extrait de quinquina, 2 grammes.

15 mars. — Une ponction préliminaire ayant démontré la présence du pus, on pratique une incision au niveau du dixième espace intercostal, à 15 centimètres environ de la ligne médiane. Issue d'une assez forte quantité de pus jaunâtre et grumeleux.

Lavage au Van-Swieten. Passage d'un drain. Pansement avec gaze bichlorurée et étoupe aseptisée.

Soir. On enlève le pansement. Peu de pus s'est écoulé depuis ce matin. On agrandit l'incision : passage d'un gros drain en U ; lavages bichlorurés et boriqués.

Même pansement.

Temp. matin, 7 heures : 38°,2 ; 11 heures, 39°,2. — Soir : 3 heures, 39°,9 ; 7 heures, 39°,2.

16 mars. — On renouvelle le pansement qui contient un peu plus de pus que la veille. Le soir, à 3 h. 30, nouveau pansement ; petite quantité de pus grumeleux.

Temp. matin : 7 heures, 39°,1 ; 10 heures, 39°. — Soir : 2 heures, 39°5 ; 7 heures, 39°,9.

Bouillon ; jus de viande ; vineuse. Potion : extrait de quinquina, 4 grammes, et vin de Banyuls, 150 grammes.

17 mars. — L'écoulement du pus se fait toujours difficilement.

On remplace le drain en U par un gros drain simple.

Le malade a eu du délire les deux nuits précédentes.

(1) Bertrand. — Relevé statistique...

18 mars. — Délire cette nuit. Selles involontaires.

Temp. matin : 7 heures, 39°,8 ; 9 heures, 39°,4.—Soir : 2 heures, 39°,9 ; 4 heures, 39°,7 ; 6 heures, 39°,9.

19 mars. — L'hypochondre est toujours très sensible à la pression. Délire et selles involontaires.

Temp. matin : 7 heures, 39°,9 ; 10 heures, 39°,8. — Soir : 2 heures, 39°,8 : 4 heures, 39°,9 ; 7 heures, 40°.

20 mars. — Temp. matin : 7 heures, 38°,5 ; 10 heures, 39°,9. — Soir : midi, 40°,8 ; 2 heures, 40°,6.

Mort à 2 h. 50 du soir.

Autopsie le 21 août, 20 heures après la mort.

Habitus extérieur. — Rigidité cadavérique. Voussure à la partie inférieure du thorax et supérieure de l'abdomen à droite. Incision de 4 à 5 centimètres dans le onzième espace intercostal droit, à 15 centimètres de la ligne médiane.

Ouverture de la cage thoracique et de la cavité abdominale par une incision longitudinale et trois incisions transversales, la première au niveau de la cinquième côte, la seconde au niveau de la huitième côte, la troisième à 2 centimètres au-dessous du rebord costal.

A l'ouverture du thorax, écoulement d'une forte quantité de pus. A la face antérieure du lobe droit, au-dessous du sternum, immédiatement en contact avec la paroi thoracique, poche purulente dont l'extrémité inférieure descend un peu plus bas que l'appendice xiphoïde.

A la partie externe du lobe droit, abcès de la grosseur d'un poing d'enfant, en communication avec l'ouverture chirurgicale. La sonde cannelée, introduite par la plaie, traverse cet abcès et, par un étroit trajet de 4 à 5 centimètres de longueur, pénètre dans le premier abcès plus volumineux et situé au-dessus et en dedans du précédent. Le pus de cet abcès ne pouvait se vider par l'ouverture pratiquée. Le tissu qui sépare ces deux cavités purulentes est sain.

Immédiatement autour des parties abcédées, le tissu hépatique est induré et offre une couleur plus sombre.

Ces divers abcès contenaient environ 2 litres de pus (1).

Obs. LXXVIII (2). — Jouffrey, agent de police, ayant passé plusieurs années en Indo-Chine. A déjà été opéré à Haïphong d'un abcès du foie, situé dans le lobe gauche et que l'on a ouvert au bistouri, immédiatement à droite de la ligne médiane et à un travers de main au-dessus de l'ombilic. A été parfaitement guéri de son hépatite pendant 6 à 7 mois.

En janvier 1892, nouvelle poussée d'hépatite aiguë. — Fièvre, volume énorme du foie voussure à droite ; plusieurs ponctions ne donnent rien.

Renvoyé en France, il subit à bord une ponction évacuatrice qui donne issue à près de 3 litres de pus, et fait tomber la fièvre.

(1) Pas d'autres détails nécropsiques.

(2) Fontan. Soc. de chirurgie, juillet 1892.

Il se présente dans un état d'émaciation et de pâleur extrême. — Poids =58 kilog.; pas de fièvre,pas de diarrhée, appétit conservé.Ventre énorme, globuleux, paroi épaissie, œdémateuse à la région hépatique.

Le foie occupe la plus grande partie de la cavité abdominale, descendant jusqu'à 1 travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, puis sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic, et à gauche jusqu'à l'insertion de la 10me côte sur la 9me. La hauteur de la matité est de 30 cm.

Le tronc entier forme une énorme voussure à droite et le malade est incurvé en arc. La pointe du cœur bat sous la 6me côte un peu en dehors du mamelon gauche.

3 juin. – Chloroforme très prudent. — Incision sur la 12me côte, dont on résèque 8 cm. Le doigt constate que le foie est libre et ne présente aucune adhérence avec le diaphragme. Pendant la résection costale, on a pratiqué une petite incision au cul-de-sac pleural qu'on aurait voulu ménager. Issue de quelques cuillerées de liquide citrin venant manifestement de la plèvre. On suture au catgut ce cul-de-sac. Incision du foie et issue de 4 litres de pus chocolat; à l'aide d'un cathéter on constate l'énorme profondeur de l'abcès, qui a plus de 20 cm. de diamètre transversal. Curetage méthodique, prudent, aussi complet que possible, à l'aide de longues curettes utérines qui disparaissent dans la poche, et qui ramènent une grande quantité de pus. et de matières boueuses.

Lavages boriqués et bichlorurés ; deux drains en canons de fusil.

4 juin. — Pas de fièvre. Temp. 36°,5. Se déclare très-soulagé ; a pu dormir cette nuit ; plus de dyspnée.

La percussion indique du skodisme à droite sous le mamelon. La limite inférieure du foie dans l'abdomen est remontée de 8 cm. Temp. soir, 37°.

A 5 heures du soir le malade est pris d'une dyspnée intense, avec point de côté très-douloureux, suffocation, délire sans fièvre.

A 6 heures le délire cesse ; la dyspnée est calmée par la position assise. Moral très-abattu (ventouses, morphine); dans la nuit hallucinations, puis calme.

5 juin. — Temp. 36°,7. Point de côté très-douloureux au niveau de la masse cartilagineuse commune En avant, sonorité exagérée de tout l'hémithorax droit ; souffle amphorique. L'écoulement du pus est satisfaisant et les lavages se font bien dans la poche hépatique.

Temp. soir, 36°,6; on porte le diagnostic de pyo-pneumothorax.

6 juin. — Temp. matin : 36°,2. — Soir : 36°,6.

Après une période d'accalmie relative, le malade est repris de phénomènes dyspnéiques, de dysphagie, puis d'hémiplégie faciale et linguale.

Ces accidents sont fugitifs ; mais l'homme succombe à 10 heures du soir.

Autopsie. — Foie énorme, adhérent solidement à l'ancienne cicatrice épigastrique au niveau du ligament suspenseur, adhérences plus faibles sur tout le lobe gauche ; pas de péritonite en dehors de cela.

Dans la plèvre droite un épanchement séro-fibrineux très-abondant.

Le sillon costo-diaphragmatique est comblé sur une hauteur de 8 cm. par des pseudo-membranes fibrino-purulentes, et le liquide pleural ne descend pas dans cet espace. La boutonnière faite à la plèvre pendant l'opération est agglutinée par des exsudats fibrineux.

Le foie pèse 2 k. 700 g. La grande poche ouverte au dehors, est tapissée par de larges plaques de bourgeons charnus, quelques points seulement renfermant encore du pus concret. Les parois sont du reste formées de tissu fibroïde en voie d'organisation, et creusées de quelques diverticules anfractueux.

Un petit abcès sur la face antérieure du lobe droit.

Au niveau de l'ancien abcès existe une masse de tissu cicatriciel fibreux s'irradiant en divers sens, et enserrant des ilots de tissu hépatique de couleur feuille morte ; une couche saine de 6 à 8 cm. séparait cet ancien foyer du dernier opéré.

Lésions dysentériques anciennes de l'intestin.

Cette importante observation fait voir le danger d'une blessure de la plèvre lorsqu'elle contient déjà un liquide capable de fournir un excellent milieu de culture. Dans ce cas, une goutte de pus suffit à infecter la plèvre.

Quant au pneumothorax, nous pensons qu'il a joué dans les accidents un rôle secondaire, quoiqu'il ait été très nettement diagnostiqué. Il a dû être amené par le passage d'une certaine quantité d'air dans les premières heures après l'opération au moment où la boutonnière, incomplètement suturée et qui avait laissé écouler du liquide séreux, n'était pas encore obturée par les adhérences que l'on a vues à l'autopsie.

Cette observation montre aussi ce que l'on peut attendre d'une évacuation complète, avec antisepsie et curetage, même dans les cas les plus graves, puisqu'ici une cavité qui avait contenu plus de quatre litres de pus et de détritus était très réduite et tapissée au bout de quatre jours de bourgeons charnus de bonne nature.

En résumé les complications pleurales des incisions intercostales se rencontrent surtout lorsque la plèvre est déjà malade, lorsque l'on s'écarte du sinus costo-diaphragmatique, lorsque pour une raison ou pour une autre (position, toux, etc.), on voit le poumon.

On pourra dans beaucoup de cas éviter ces écueils ; mais il en reste toujours un : la souillure de la plèvre par le pus, si ce n'est la pénétration large du pus dans l'espace pleural.

C'est surtout pour échapper à ce danger que nous préconisons la suture pariéto-diaphragmatique, destinée à canaliser la plaie jusqu'au foie et que nous décrirons plus loin.

Péritonite. — La péritonite suppurée survenant à la suite de l'ouverture d'un abcès du foie, est regardée par la plupart des auteurs comme la plus redoutable des complications de l'intervention chirurgicale. Elle le serait certainement, si elle n'était en même temps la plus rare de toutes. Cette rareté est même telle que tous les auteurs anciens en parlent sans citer aucun fait, tandis que les contemporains cherchent la raison de l'innocuité de ces opérations transpéritonéales, dans la présence des adhérences, ou dans la prétendue stérilité du pus. Les recherches microbiologiques ayant montré qu'un certain nombre d'abcès du foie ne contiennent point de microbes actifs, ont fait émettre cette hypothèse optimiste que le pus peut être versé impunément dans le péritoine. En fait la péritonite post-opératoire est à peu près inconnue.

Elle n'est pourtant pas absolument introuvable : plusieurs fois dans des autopsies faites après opération dite de Little, nous avons trouvé du pus infiltré dans le péritoine ou collecté en quelque point autour du foie. Cela venait sans doute de l'insuffisance d'ouverture, du drainage inefficace, ou de la suppression du parallélisme. Ce sont là d'ailleurs des accidents modérés et que l'on peut traiter.

La péritonite purulente généralisée mortelle n'a, croyons-nous, été signalée que deux fois, d'abord dans le cas rapporté par Villemin à l'Académie de médecine (1) et ensuite dans un autre exemple que nous empruntons à notre confrère Ramonet, de l'armée de terre (2).

Chez un malade à qui l'on avait à faire l'ouverture de la paroi en dessous des côtes, au moment même de l'opération il se produisit des vomissements, et l'on vit apparaître dans la plaie une hernie intestinale. Celle-ci, souillée de pus, fut lavée avec soin et réduite. Il se développa une péritonite généralisée et la mort survint en deux jours.

A l'autopsie le ventre était plein de pus.

Cet accident si fâcheux se produisit dans des conditions particulières. Les vomissements avaient entraîné un hernie, et les auteurs qui se préoccupent uniquement de la hernie épiploïque, recommandent expressément de ne pas refouler un épiploon qui

(1) Villemin. — Acad. de méd., 1882, p. 1189.

(2) Ramonet. — Arch. de méd. militaire, 1887. Modifications à la méthode de Little.

a été souillé par le pus. Mais que faire d'une hernie intestinale? On ne peut que la réduire après désinfection.

Il est évident que les mouvements et les efforts du malade, le déplacement des viscères, leur hernie, l'obstruction des voies d'évacuation, sont des causes qui peuvent prédisposer à la péritonite. Mais quand on appliquera avec toute la rigueur et toute la minutie nécessaire, les règles usitées en laparotomie, à ces ouvertures du ventre préhépatique, on se mettra à l'abri autant que possible de cette redoutable complication.

Lorsqu'elle a éclaté, une péritonite suppurée n'est pas encore au-dessus des ressources de l'art, la chirurgie contemporaine obtenant des succès, par laparotomie, même dans les cas en apparence désespérés.

Cholerrhagie. — L'écoulement de la bile par un abcès hépatique ouvert n'est pas un accident commun. Sans doute le pus, s'il n'est pas très fortement coloré par le sang et les détritus, peut offrir une teinte légèrement jaune que l'on doit rapporter à des pigments biliaires ; mais là n'est point la complication importante qui mérite le nom de cholerrhagie et sur laquelle l'un de nous a déjà publié un mémoire spécial (1).

Il ne faut appeler de ce nom qu'un écoulement de bile notable, mélangé ou non au pus, mais donnant en tout cas à la suppuration, le jour où il apparaît, un cachet très spécial qui attire l'attention du chirurgien. On en verra des exemples frappants dans l'obs. XCIII et XCV.

Il est très remarquable que dans tous les cas publiés l'écoulement de la bile n'a pas apparu au moment de l'opération, mais ordinairement du 8me au 10me jour. Une fois cependant on l'a signalé dès le 2me jour. On a donc affaire à une sorte de cholerrhagie secondaire, et non pas à celle qui serait produite par la section au bistouri d'un canal biliaire important dans la couche du foie sain que l'on doit diviser pour arriver à l'abcès. En fait la cholerrhagie primitive, quoique possible, n'est pas signalée, le fait clinique ordinaire se rattache incontestablement à l'ulcération de quelque canal biliaire de moyen ou de gros calibre dans la paroi de l'abcès. La lésion anatomique a été recherchée plusieurs fois sans un succès complet, et notamment dans les deux cas que nous venons de rappeler. On a pu cependant établir qu'il n'y avait point

(1) Bertrand. — De la cholerrhagie qui suit l'incision des abcès du foie. Revue de Médecine, mars 1890.

d'altération du canal hépatique, ni de la vésicule biliaire. Le mécanisme de la cholerrhagie a été mieux établi dans le fait suivant :

L'observation complète a malheureusement été égarée ; mais nos souvenirs sont assez précis pour en reproduire les principaux détails, et l'autopsie figure au registre d'amphithéâtre.

Obs. LXXIX (Résumée) (1).— Garé, Jean, deuxième maître de manœuvre, 34 ans, entre à St-Mandrier le 22 juillet 1891, pour hépatite contractée aux Comores.

Le diagnostic d'abcès du foie au lobe droit s'impose.

Quelques signes thoraciques sont regardés comme indiquant un simple tassement pulmonaire.

Cependant, d'après un avis formulé dans une consultation, il y aurait un certain degré de pleurésie à la base.

Après ponction exploratrice, l'incision est faite sur la ligne axillaire par le Dr Dollieule, médecin principal, dans le 9me ou 10me espace.

Il s'écoule une grande quantité de pus chocolat et de détritus hépatique. L'état général, précédemment très-mauvais, s'améliore d'abord ; mais presque aussitôt survient une pleurésie qui met la vie du malade en danger. Dans les premiers jours d'août, il s'établit par la plaie un écoulement de bile verte continu, à peu près pure. Le malade s'achemine à un épuisement rapide.

Enfin, vers le 15 Août, tous les phénomènes du début ayant reparu, douleur, fièvre, voussure, on diagnostique la formation d'un deuxième abcès, qui fait très nettement saillie à droite de la ligne médiane vers l'épigastre. Malheureusement le malade, épuisé par la souffrance, refuse toute opération et succombe le 21 août.

Autopsie. — Habitus extérieur. — Amaigrissement considérable, rigidité cadavérique prononcée.

Ouverture de la poitrine.

A. *Poumons et plèvre.* — Le poumon droit est refoulé jusqu'au niveau de la quatrième côte. Adhérences molles, récentes, de la base du poumon et du diaphragme entre lesquels existe une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. Le sillon costo-diaphragmatique droit est comblé par des adhérences lamelleuses, récentes. Pas d'adhérences fortes indiquant la propagation de la lésion vers la cavité thoracique. Pas de tuberculose pulmonaire.

B. *Cœur.* — Le cœur est fortement refoulé en haut.

Ouverture de l'abdomen.

A. *Péritoine.* — Quelques adhérences récentes au bord inférieur du foie, au niveau du grand épiploon, où l'on trouve une certaine quantité

(1) Inédite.

de sérosité louche. Foyer de péritonite purulente entre la vésicule biliaire et l'estomac.

B. *Foie*. — Il pèse 2 k. 470 gr. et présente l'aspect général du foie gras. Énorme développement du lobe droit. Refoulement du lobe gauche au devant de l'estomac jusque vers la rate.

Au niveau de l'incision par laquelle on avait vidé l'abcès du vivant du malade, on constate l'existence d'une petite poche de la grosseur d'un œuf de pigeon, à laquelle une membrane fibreuse bien organisée donne l'aspect d'un abcès enkysté. Au fond de cette poche deux petits pertuis par où s'écoule la bile. En outre, du pus est, à ce niveau, répandu entre le foie et la voûte diaphragmatique.

Sur la partie gauche du lobe droit, énorme cavité purulente séparée de la surface de l'organe par une lame de tissu sain, de moins de 4 à 5 cm. de tissu hépatique, sain également.

La forme en est arrondie, assez régulière, elle est tapissée d'une membrane d'aspect pyogénique et contient un bon demi-litre de pus grumeleux jaune clair. Quelques diverticules à la partie inférieure de cette poche dont le fond, confinant à la face inférieure du foie, *repose sur les voies biliaires, au niveau de l'Y formé par la réunion des deux canaux hépatiques*. C'était à cet endroit que portait la compression.

Le bord tranchant du lobe gauche est farci d'une série de petits abcès biliaires formant de très petits nodules agglomérés, depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'une noisette, contenant du pus très fortement coloré en jaune verdâtre.

L'un de ces abcès est en contact avec le foyer purulent (signalé plus haut) du péritoine. Le tissu hépatique ambiant est fortement coloré en vert bronzé par l'infiltration biliaire.

C. *Vésicule biliaire*. — Revenue sur elle-même et à parois épaissies, *elle ne contient pas de bile, mais un liquide louche, blanchâtre*.

Une injection d'eau poussée dans la vésicule trouve une issue par les pertuis dont nous avons signalé l'existence dans le premier abcès.

Réflexions. — Nous remarquerons : 1° que le malade a traversé de grands dangers par complications pleurales, sans doute parce que l'on avait traversé l'espace pleural sans précaution ; 2° que l'abcès du foie opéré était en bonne voie de guérison, sauf la présence de deux pertuis ouverts au fond de cette petite poche, et donnant accès dans un conduit biliaire assez important ; 3° que le 2e abcès situé près du hile aurait très facilement pu être vidé et guéri ; 4° que cet abcès très volumineux comprimait le point de jonction des deux conduits hépatiques, celui du lobe droit et celui du lobe gauche ; cette compression produisait un effet différent sur chacun des lobes ; à droite il occasionnait le reflux de toute la bile par les deux pertuis de l'abcès opéré ; à gauche le

refoulement de la bile avait entraîné une série de petits abcès biliaires parfaitement caractérisés. Le liquide contenu dans la vésicule prouvait bien que toute la bile était arrêtée dans son cours naturel.

Ce mécanisme de la cholerrhagie vient de se montrer à nous d'une façon plus éclatante encore dans le cas de Pierre (obs. CXXVIII). Ici l'apparition tardive de la bile nous a conduit à diagnostiquer un deuxième abcès sur le hile, et la cholerrhagie a cessé dès que cet abcès a été ouvert.

On peut se demander comment l'ulcération des conduits biliaires n'est pas constante dans la paroi, et ne se produit que d'une façon tardive et temporaire. « Les gros vaisseaux biliaires interlobulaires, dit Rendu, subissent un travail irritatif analogue à celui des vaisseaux sanguins. Leur paroi s'épaissit et leur lumière est oblitérée par l'accumulation de cellules endothéliales. Il se fait une sorte de thrombose biliaire ». Nos recherches anatomiques confirment entièrement cette opinion de Rendu. Les canaux biliaires sont bien thrombosés ; seulement le thrombus n'étant pas comme celui des vaisseaux sanguins formé de fibrine solide et organisable, mais bien d'un bouchon de mucus mélangé de cellules épithéliales, l'obturation peut céder devant l'élimination des détritus et des couches purulentes concrétées sur les parois.

Les premiers jours, il n'y a pas de béance des canaux biliaires, tandis que quand la paroi est détergée, cette béance s'établit. Plus tard, elle cesse d'avoir lieu alors que la membrane pyogénique est complètement organisée.

Lorsque l'écoulement de la bile est continu et abondant, il doit être tenu pour un signe pronostique fâcheux, puisqu'il précipite et achève la ruine de la nutrition, entreprise depuis longtemps par le climat colonial, la dysenterie et l'hépatite. Oromi (1) compare fort justement ces malades aux chiens sur lesquels on a pratiqué une fistule biliaire. « A moins qu'on ne suralimente le malade, dit-il, il dépérit, maigrit, et bientôt meurt. » Les physiologistes, en effet, ont établi depuis longtemps que l'écoulement continu de la bile est une perte qui ne peut être compensée que par une copieuse alimentation.

Or, comment suralimenter des malades atteints d'hépatite, de dyspepsie et de dysenterie ancienne ? Cela est presque toujours

(1) Oromi. — Quelques réflexions sur un cas d'hépatite suppurée. Thèse de Montpellier, 1889, p. 41.

impraticable. Peut-on songer à rendre de la bile à l'organisme en faisant ingérer des pilules d'extrait de fiel de bœuf?

L'essai que fit l'un de nous dans le cas de M. Léon (obs. XCII) fut trop désavantageux pour que nous puissions conseiller cet expédient. Resterait peut-être quelque traitement topique : la suppression des injections; la cautérisation de la source de l'écoulement si c'était possible, et surtout le tamponnement de la cavité avec la gaze iodoformée, tamponnement que nous laisserions sans crainte en place pendant plusieurs jours.

Gangrène. — Enfin les anciens auteurs reprochaient volontiers à l'intervention chirurgicale de produire la gangrène. Nous avons déjà fait remarquer à propos de l'anatomie pathologique que l'état gangréneux du foie constaté sur les tables d'autopsie était le plus souvent une fausse interprétation, la putréfaction du foie dans les parties qui avaient depuis longtemps macéré au contact du pus entraînant souvent une couleur noire avec odeur fétide que l'on a mise à tort sur le compte du sphacèle. C'est sans doute à des états cadavériques de ce genre que les anciens se laissaient prendre, dans les cas de morts rapides après l'incision. Qu'une opération faite avec des instruments aseptiques frappe de mort les tissus, ce serait chose invraisemblable, à moins que la misère physiologique extrême, le diabète, ou le paludisme intense, ne constituent une prédisposition toute particulière au sphacèle.

Ce sont là des cas tout particuliers, que l'on ne pourra guère prévoir, et pour éviter cet écueil, si improbable d'ailleurs, on ne devra pas laisser perdre les dernières chances de salut.

§ V

Choix de la méthode

Nous avons plusieurs fois employé le mot de *méthodes anciennes* et de *méthodes nouvelles* à propos de la manière d'ouvrir un abcès du foie; et nous regardions comme relevant de ce deuxième groupe toutes les opérations qui avaient pour but une large évacuation du pus, et pour corollaire une antisepsie rigoureuse. Toute opération qui ne réalisait par cette double condition méritait d'être classée dans les méthodes anciennes. Mais cette manière synthétique d'envisager les faits ne suffit pas; il faut classer et grouper les interventions par l'étude du procédé opératoire proprement dit. A

ce point de vue on peut dire que l'on procède par *ponction* et par *incision large*.

Parmi les ponctions il y a encore deux méthodes : celles des *ponctions évacuatrices isolées*, ou répétées, et celles des *ponctions suivies d'un tubage* qui assure l'écoulement continu. De même parmi les incisions on doit ranger celles qui se pratiquaient *en plusieurs séances*, après l'application des caustiques, par exemple, et celles qui se font *directement en une seule séance opératoire*.

A. *Ponction évacuatrice.* — La ponction évacuatrice simple, unique ou répetée, mais sans tubage persistant, a été autrefois très employée par des chirurgiens d'autant plus timides, qu'ils n'en éprouvaient que de très médiocres résultats. On la considérait comme la moins périlleuse des interventions, et elle fournissait cependant tant d'insuccès que l'on n'était pas encouragé à tenter des opérations plus complètes ni même à y recourir de bonne heure.

En réalité elle est plus insuffisante que dangereuse, et si elle peut rendre quelque service pour réaliser une temporisation qui s'imposerait par ailleurs, elle n'est pas une méthode vraiment curative. On comprend facilement, quand on a vu les détritus volumineux qui s'écoulent d'un abcès largement ouvert, que ces débris sphacélés, ces grumeaux fibrino-purulents, ne puissent passer à travers un trocart même assez large. A plus forte raison ne traverseront-ils pas les tubes de Potain ou de Dieulafoy. Ainsi, pour une évacuation complète on devrait d'abord se priver du bénéfice de l'aspiration, et ensuite employer un très gros trocart qui pourrait laisser en sortant un trajet béant et infecté.

Henderson (1) rapporte même qu'il a vu un patient succomber brusquement à l'irruption dans le péritoine d'une grande quantité de pus peu après qu'on avait fait une ponction évacuatrice.

En tout cas, jamais par une simple ponction on n'enlèvera tout le pus, tout les détritus, et l'on devra presque inévitablement y recourir de nouveau. Aussi trouve-t-on dans la littérature médicale des observations de malades revenant tous les trois mois se faire ponctionner leur abcès, et enregistrant ainsi jusqu'à quinze et vingt ponctions. Les faits de deux ou trois ponctions sont les plus communs.

D'ailleurs dans ces interventions au moins incomplètes on en arrivait souvent à faire une sorte de drainage inconscient.

(1) Henderson. — Lancet, 1880, Tome II, p. 341.

Le passage suivant de Allan Webb (1) montre bien ce détail : « Le Dr Wilkins se servit du trocart qui est employé pour la » ponction de la vessie; il atteignit ainsi l'abcès et donna issue » à une quantité de pus sanieux. Six jours après, le grand » trocart fut introduit de nouveau, car *la décharge purulente* » *s'était arrêtée;* les ponctions furent maintenues ouvertes par » des tentes. »

Ces praticiens de l'Inde étaient sur la voie du drainage, au moment même ou Cambay l'inventait formellement en Algérie (1847).

Le drainage, qu'il consiste en une canule de caoutchouc sur le trocart de Cambay, en un tube perforé dans les mains de Chassaignac, en mèches, en tentes de charpie, en seton comme chez les anciens, ou en un tube d'argent comme dans le procédé de Simon; qu'on le pratique par-dessus la canule, ou à travers la canule, avec un trocart fenétré de Sachs, ou avec l'instrument compliqué de Manson, le drainage, disons-nous, améliore la ponction, augmente l'évacuation du pus, mais malheureusement d'une façon encore insuffisante, et malgré le résultat apparent qui consiste à assurer l'écoulement des liquides, il épuise plus vite le malade que la source du pus.

Si les statistiques fournissent quelques cas de guérison, combien n'a-t-on pas laissé dans l'ombre d'insuccès? Les succès eux-mêmes s'achètent chèrement, et nous n'en voulons pour preuve que les deux suivants qui sont à peu près les seuls obtenus à Saint-Mandrier par cette méthode (1).

Obs. LXXX (2). — Debost, 24 ans, artilleur, arrive du Tonkin atteint de dysenterie chronique, et entre à St-Mandrier le 21 mars 1887.

Malade depuis 5 mois, il présente toujours des selles sanguinolentes et muqueuses. Il a des accès de fièvre irréguliers. (Eau albumineuse, lait, pilules de Segond.).

23 Mars. — Temp. 38°,3.

24 mars. — Accès de fièvre, on le traite sans changement jusqu'au milieu d'avril.

16 avril. — Douleur hépatique vive. — Le foie est volumineux, la matité remontant jusqu'à 1 travers de doigt du mamelon et descendant à 1 travers de doigt plus bas qu'à l'ordinaire.

Voussure des cartilages costaux ; point d'œdème de la paroi.

(1) Nous avons trouvé 3 guérisons, plus ou moins sûres, sur 10 abcès ponctionnés à Saint-Mandrier. L'un de nous en Nouvelle-Calédonie avait eu une guérison sur 6 ponctionnés.

(2) Inédite.

22 avril. — Tumeur bien formée, du volume d'un œuf, dans la région hépatique. Rénitence douteuse, pas de frisson ; région moins douloureuse depuis hier. Ponction avec le trocart fin de l'appareil de Potain, l'abcès est rencontré à une profondeur de cinq centimètres environ. Evacuation d'un 1/2 litre de pus chocolat, assez épais mais *non grumeleux*, occlusion parfaite au collodion. Temp. soir, 38°6.

Les jours suivants, état satisfaisant. Temp. 36°, 36°6 ; on note que le foie a diminué de volume d'un travers de doigt environ dans tous les sens.

27 avril. — Frissonnements cette nuit ; la voussure au point ponctionné est légèrement augmentée ; état général satisfaisant. Une nouvelle ponction avec l'appareil Potain n'amène aucune évacuation de pus. Température toujours inférieure à 37°.

La diarrhée persiste. Poids = 54 kilos.

29 avril. — On note un certain affaissement de la voussure.

13 mai. — Poids = 57 kilos.

Cet état ne s'améliore guère les semaines suivantes.

4 juin. — Diarrhée persistante ; quelques accès de fièvre ; douleurs à la région hépatique dont la matité remonte toujours à un travers de doigt au-dessous du mamelon. Poids = 56 kilogs.

12 juin. — Devant les douleurs hépatiques persistantes, la matité, la voussure bien accusée, l'état général médiocre, on fait une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz au-dessous de la septième côte sans succès.

17 juin. — C'est dans cet état que l'homme sort sur sa demande pour rejoindre ses foyers.

Il est évident que les ponctions timides que l'on a employées et dont la première seule a donné une évacuation, n'ont après deux mois que bien peu amélioré l'état de ce malade. A la sortie une intervention plus complète s'imposait, et pourtant la statistique l'enregistre comme une guérison par ponction.

Obs. LXXXI. — Salin, 25 ans, soldat d'infanterie de marine, arrive de l'Annam où il a été traité, il y a 4 à 5 mois, pour dysenterie et hépatite, avec douleurs locales et irradiées, voussure épigastrique, fièvre violente, etc. Devant ces signes non douteux, le 17 avril 1886, à Lenn-Phiniou, on applique un caustique de Vienne sur la voussure, et l'on pratique à travers l'escharre une ponction exploratrice. Du pus hépatique ayant apparu, on enfonce, à la place du trocart fin, la canule d'un appareil aspirateur et l'on retire 1 litre 1/2 de pus épais, jaune verdâtre, mêlé de sang. On installe un drain et chaque jour on pratique des injections phéniquées.

Pendant les jours suivants on nota une grande prostration, une anorexie complète, de la diarrhée, une fièvre très forte, et la persistance des douleurs hépatiques. Depuis ces symptômes se sont atténués, mais

la fièvre reparaît de temps en temps, la diarrhée persiste. C'est dans ces conditions qu'il est rapatrié.

8 août 1886. — A son arrivée à St-Mandrier, le foie est encore volumineux et douloureux et la fistule paraît à peu près tarie ; il n'y a pas de fièvre, mais un peu de diarrhée, et une dyspepsie absolue.

12 août. — La diarrhée s'améliore ; très peu de suppuration. — Poids : 45 kilogs.

27 août. — Même état. — Poids : 45 kilogs. — Tendance à l'hypochondrie.

15 septembre. — La fistule, qui était fermée, s'est rouverte, laissant couler une certaine quantité de pus. L'exploration du trajet permet d'arriver en ligne droite à cinq ou six centimètres de profondeur dans le sens du centre phrénique.

22 septembre. — L'ouverture de la fistule ayant été agrandie avec la laminaria, on y place un drain d'une longueur de 12 cm. Il sort aussitôt une assez grande quantité de pus. Injection de teinture d'iode par le drain.

25 septembre. — La fistule est fermée.

2 octobre. — Douleurs vives à l'épigastre, surtout après le repas ; pas de sommeil.

7 octobre. — La fistule s'est de nouveau rouverte, et laisse écouler quelques gouttes de pus.

15 octobre. — La fistule est fermée.

3 novembre. — Part en congé de convalescence dans un état assez précaire pour avoir besoin d'un infirmier faisant le trajet avec lui.

Voilà encore une guérison qui n'est pas faite pour inspirer une confiance absolue. Et il faut remarquer qu'ici, il avait été fait du drainage et des injections antiseptiques. Le traitement avait duré sept mois.

Quelques chirurgiens ont encore récemment émis l'idée que l'on pourrait se contenter de ponctions suivies d'un lavage de l'abcès par des antiseptiques. Sans doute ces praticiens qui n'ont pu observer beaucoup d'abcès du foie se sont fait une opinion optimiste parce qu'ils ont eu la bonne fortune de tomber sur un cas heureux, où l'abcès était unique, petit et sans détritus.

Ce sont là évidemment les conditions de l'abcès du foie que ponctionna Folet, de Lille (1), et qu'il guérit ainsi après deux ponctions suivies de lavage antiseptique.

La première ponction avait retiré 110 grammes de pus et la seconde, faite quinze jours après, 60 grammes. Folet avait eu le projet, suivant les idées du Dr Carlier, son chef de clinique, de

(1) Folet. — Clinique sur le traitement des abcès du foie, in Bulletin médical du Nord, mars 1892.

stériliser le pus de l'abcès du foie par des ponctions et des lavages successifs, avant de risquer une large ouverture. Cette méthode ingénieuse, mais timide à l'excès, ne conviendrait, nous le répétons, que pour des abcès petits, uniques et sans détritus.

Si nous étions sûr d'avoir affaire à un abcès de cette catégorie, nous ferions volontiers l'essai de l'injection de vaseline iodoformée $\left(\frac{1}{10}\right)$, liquéfiée par la chaleur, et abandonnée à l'intérieur de la poche.

En résumé, la méthode des ponctions simples doit être formellement condamnée, comme méthode générale d'ouverture des abcès du foie. Elle doit être réservée comme procédé d'exception, ou plutôt d'attente, pour les cas où une opération complète est absolument impossible, soit par suite de circonstances matérielles, soit par la volonté du malade. Dans ce cas il faudra faire une ponction *aspiratrice*, avec toutes les précautions d'usage, sans drainage bien entendu, mais au contraire avec occlusion antiseptique. Cette ponction pourra être compliquée d'un lavage prudent de la poche, ou mieux encore de l'instillation d'une petite quantité de substance antiseptique.

B. *Incision large.* — Les simples ponctions à la lancette ou au bistouri, faites lorsque la peau amincie recouvre une poche nettement fluctuante, constituent une intervention si réduite, si comparable par ailleurs à une ponction au gros trocart, que nous les négligerons, pour ne nous occuper que des incisions qui laissent l'abcès largement béant, et presque toujours, à l'époque actuelle, largement drainé. Il faut reconnaître que les anciens auteurs, les Récamier, les Graves, les Bégin, avec leurs séances multiples et leurs précautions exagérées, faisaient aussi une incision assez grande, dans le but d'assurer pendant toute la durée de la cicatrisation, le libre écoulement du pus. Il y a donc lieu de distinguer deux groupes de procédés d'incision : les *procédés de lenteur*, et les *procédés rapides ou directs*.

Les procédés de lenteur ont tous été inspirés par le désir de produire des adhérences péritonéales avant de pénétrer jusqu'au foyer de l'abcès. Nous les avons déjà indiqués dans notre historique et nous nous bornerons à définir ceux auxquels on pourrait encore songer.

Le procédé de Récamier consiste à disposer une ou plusieurs traînées de potasse caustique sur la tumeur. L'escharre est fendue vers le 5me jour, et dans le fond de l'incision on dépose une

nouvelle quantité de caustique. Enfin, après avoir répété 3 ou 4 fois ces applications, on ouvre la poche au bistouri. Ce procédé est d'une grande lenteur, il ne donne pas toute garantie au sujet des adhérences ; il cause aux téguments des pertes de substances fâcheuses.

La méthode de Graves consiste à ne faire l'ouverture qu'à demi, l'incision s'arrêtant dans les muscles profondément à deux lignes du péritoine. L'ouverture doit s'achever seule, quelques jours après par la marche du pus qui vient se faire jour dans l'incision. Il est inutile d'insister sur les lenteurs et l'incertitude de cette manière d'agir.

Le procédé de Bégin, bien supérieur, consiste à inciser jusqu'au péritoine couche par couche ; s'il y rencontre des adhérences, le chirurgien pousse de suite avec le bistouri dans le foyer purulent ; s'il n'en trouve pas, il attend trois ou quatre jours que les adhérences se soient formées. Ce procédé, quoique bien conçu et quelquefois couronné de succès, offre les mêmes inconvénients que celui de Récamier : lenteur insuffisance de garantie au sujet des adhérences.

L'antisepsie devait achever l'abandon de ces procédés de lenteur, et remettre en honneur l'*incision large et directe* de l'Académie de chirurgie.

L'ouverture d'un abcès du foie s'impose en effet presque toujours avec un caractère d'urgence absolue. Si, par ailleurs, les dangers de l'incision directe sont supprimés par l'antisepsie, et d'autres perfectionnements modernes, peut-on hésiter entre une évacuation qui ne sera obtenue qu'au bout de douze à quinze jours, et celle que l'on pourra produire en un quart d'heure?

Il ne s'agit plus par suite que de déterminer la meilleure manière de pratiquer l'ouverture large.

L'incision peut se faire par une ouverture transversale, ou une ouverture longitudinale. Il est évident que l'ouverture sera parallèle aux côtes tant qu'elle portera sur les espaces intercostaux. En dessous des côtes, elle sera parallèle au bord costal pour les 9/10 des opérateurs, verticale pour quelques-uns. Il suffit de remarquer que l'incision transversale suit le bord du foie, le découvre dans une grande étendue, permet à la rigueur de l'explorer, et d'en débrider le tissu dans le même sens que la plaie cutanée, pour montrer les avantages de l'incision parallèle aux côtes.

Mais l'incision devra être précédée de la détermination du point le plus favorable, par la ponction exploratrice. Cette précaution excellente, attribuée à Little, et appartenant vraisemblablement à

Murray qui l'avait apprise de Récamier, fait partie aujourd'hui de toutes les ouvertures d'hépatites suppurées.

L'incision devra être suivie d'un traitement antiseptique de l'abcès, avec nettoyage, drainage, irrigation. Voilà les principaux éléments d'une bonne opération, qui doit en effet, non seulement arriver directement sur le pus, mais encore en assurer la stérilisation et le libre écoulement. Les cinq ou six incisions antiseptiques faites avant le mémoire de Ayme et Stromeyer Little, remplissaient ces conditions, et fournirent en effet de beaux résultats.

Toutefois, comme on s'accorde à attribuer à la *méthode dite de Little* une valeur supérieure, il faut l'analyser attentivement. Elle consiste essentiellement en trois principes :

1° Recherche hâtive du pus, par les ponctions capillaires ;

2° Ouverture de l'abcès d'un seul coup, en suivant le trocart explorateur, et sans souci des hémorrhagies, des adhérences, ni des pénétrations de pus ;

3° Drainage et antisepsie.

Le premier principe, qui appartient à Murray, est excellent. C'est lui qui a le plus d'influence sur le succès de la méthode. Rechercher le pus dès qu'il est seulement soupçonné, afin de le mettre dehors dès qu'on l'aura constaté. Nous le répétons, c'est là un précepte supérieur, et comme il reste subordonné au plus ou moins de tact et de décision que possèdera le chirurgien, nous ne cesserons d'exciter nos jeunes camarades de l'armée et de la marine, à rechercher le plus tôt possible, avec le désir de l'y rencontrer, le pus dont quelques indices généraux ou locaux permettent de supposer la formation.

La seconde partie de la méthode de Shanghaï consiste à ouvrir l'abcès d'un seul coup, en se servant du trocart comme guide et sans souci des hémorrhagies, des adhérences et de la pénétration du pus. Nous n'acceptons ces conseils qu'avec de grandes réserves.

Conserver le trocart en place pour s'en servir comme d'un guide est une excellente précaution, et nous avons éprouvé nous-mêmes, si l'on retire le trocart, combien l'on a de peine soit à s'en passer, soit à le replacer.

Mais ce que nous n'admettons pas c'est l'incision d'un seul coup, par le bistouri plongé le long du trocart (1).

(1) Il est écrit et répété partout que Little procède ainsi, en coupant d'un seul coup toute l'épaisseur des parties molles jusqu'à l'abcès ; et pourtant Ayme, traducteur et commentateur, dit formellement « tous les tissus sont divisés couche par couche. » Arch. méd. nav., 1880, T. XXXIV, p. 527.

Nous avons vu les dangers du pneumothorax, de l'hémorrhagie, de la hernie, etc.

Or, l'ouverture d'un seul coup ne permet de prendre aucune précaution vis-à-vis de la plèvre ou du péritoine, ni de combattre une hémorrhagie s'il s'en produit une, ni d'éviter sûrement le poumon, l'estomac ou l'intestin qui peuvent se placer au devant du foie.

Pour toutes ces raisons nous proscrivons la manière de faire de Little, manière de faire qui n'a d'autre avantage qu'une question de brio opératoire. La virtuosité brutale et expéditive ne nous touche pas. Nous préférons mener à bonne fin une opération délicate, en modifiant certains détails de pratique d'après les incidents particuliers à chaque cas. C'est donc couche par couche qu'on doit avancer, et l'on redoutera d'autant moins l'hémorrhagie, le pneumothorax, etc., qu'on sera plus prêt à les combattre.

Quant aux adhérences nous avons suffisamment montré en les étudiant que s'il est inutile de les attendre, il faut cependant s'en préoccuper et dans quelques cas les remplacer par des sutures.

La dimension de l'incision est de cinq à six centim. dans la méthode de Little. C'est presque toujours insuffisant dans les espaces intercostaux, et il faut aller jusqu'à huit et dix centim. à la peau pour avoir une section de six centim. sur le foie. Ce qui prouve bien que l'incision de Little est trop exiguë c'est qu'il est obligé d'y introduire une pince et d'en écarter les mors, pour faciliter l'écoulement et pour pouvoir introduire un drain. Pourquoi ne pas inciser plus largement et placer de vrais écarteurs, si on le juge nécessaire ?

Quant à la troisième partie de la méthode de Shangaï, l'application du pansement de Lister, avec drainage et injections, c'est évidemment un progrès de premier ordre, réalisé de 1873 à 1879, par Vauvray, Ralfe, Dikson, Barker, etc., et sur lequel il n'y a plus aujourd'hui que des discussions de détail.

La méthode de Shanghaï a été diversement modifiée depuis quelques années.

D'abord plusieurs chirurgiens français ont abandonné pour les raisons développées plus haut, la section d'un seul coup de toutes les parties molles jusqu'à l'abcès.

D'autres, Ramonet en particulier, ont conseillé que la ponction fût non-seulement exploratrice mais encore évacuatrice d'emblée. On opèrerait ainsi sur un abcès vidé, et l'on éviterait plus sûrement, dit-on, l'invasion des cavités pleurales ou péritonéales par

le pus. Cette précaution ne serait pas très efficace, car on ne peut vider par l'aspiration le bas fond boueux et nécrosé d'un abcès et ces parties seraient évidemment d'un contact dangereux si elles souillaient les grandes cavités séreuses. Nous trouverions plus logique l'idée de Carlier, de Lille, consistant à pratiquer des injections antiseptiques dans la cavité ponctionnée afin d'en stériliser le contenu avant l'ouverture au bistouri. Mais nous pensons que toutes ces manœuvres sont des complications inutiles, qu'elles entraînent des changements de rapports du foie avec la paroi préjudiciables à une bonne et large incision, et enfin que celle-ci, faite d'une façon vraiment chirurgicale, doit assurer l'évacuation complète et continue du pus au dehors sans menacer les grandes séreuses.

Résection costale. — Vis-à-vis des portions chondrales ou costales du squelette thoracique, la conduite des chirurgiens est encore hésitante. Il en est qui n'ont jamais songé à réséquer un fragment de côte ; d'autres l'ont fait par nécessité, pour pouvoir atteindre le foyer (obs. LXXIII), ou pour tarir une fistule quand la côte était cariée. Nous pensons, quant à nous, que la résection costale s'impose d'une façon systématique toutes les fois qu'on agit dans un espace intercostal. L'espace intercostal simplement incisé, se rétrécit promptement et serre le drain ou le chasse. Le pus sort mal ; la dilatation mécanique de l'ouverture s'impose parfois à plusieurs reprises ; la côte finit souvent par être atteinte d'ostéite.

Tous ces incidents peuvent achever d'épuiser le malade, en favorisant la rétention du pus, la formation d'une fistule, et la fièvre hectique ; s'ils n'entraînent pas la mort, ils font acheter la guérison au prix d'interminables souffrances. Que l'on veuille bien lire avec attention les observations d'opération de Little, faites sans succès, ou avec un succès tardif, et l'on verra que presque toujours ces fâcheux résultats tiennent à cette insuffisance d'ouverture intercostale. Tels sont les cas de guérison lente de Ferron (obs. LXXIII), de Forganel (obs. LXXIV), de André (obs. CVIII), de Lagrave, que nous rapportons ci-dessous, et les cas funestes de Tirlot (obs. CX), de Vas, Clément (obs. LIV), de Mercier, Léon (obs. XCIII), etc.

Obs. LXXXII (1). — Lagrave, 26 ans, soldat au bataillon d'Afrique, rentre du Tonkin en novembre 1884. Il a contracté, il y a 3 mois. à Haï-Dzuong, une dysenterie et une hépatite suppurée. Un abcès du foie a été

(1) Inédite.

incisé au bistouri, il y a 25 jours, pendant la traversée, dans le 9me espace intercostal.

L'état général est cachectique, l'amaigrissement extrême ; il y a une diarrhée continue. L'orifice est très-rétréci et la rétention du pus exige un débridement, après lequel il s'échappe une quantité considérable de pus.

20 novembre. — Amélioration, sommeil, appétit ; selles bonnes.

21 novembre. — L'écoulement du pus se fait mal ; le doigt introduit dans la plaie est pincé par les côtes et pénètre difficilement dans le canal d'évacuation de l'abcès ; injections de coaltar, selles dysentériques.

22 novembre. — Accès de fièvre, écoulement de grumeaux rougeâtres.

Il est de nouveau nécessaire d'agrandir la plaie avec le bistouri afin de pouvoir replacer un drain plongeur.

24 novembre. — Dysenterie, vomissements provoqués par un ipéca à la Brésilienne.

26 novembre. — Dysenterie, suppuration toujours abondante.

La plaie a beaucoup de tendance à se rétrécir.

29 novembre. — Même situation, suppuration et dysenterie persistantes.

4 décembre. — Une petite voussure s'est formée à droite de l'ouverture de l'abcès ; pas de fluctuation ; pas de douleur à la pression.

18 décembre. — La suppuration diminue ; les injections coaltarées sont supprimées.

4 janvier 1885. — L'abcès du foie paraît guéri. La dysenterie s'améliore.

19 janvier. — Encore 7 selles dysentériques en 24 heures.

Ballonnement du ventre ; douleurs épigastriques et le long du côlon transverse.

8 février. — Exeat pour rejoindre Porquerolles, lieu de convalescence.

Il est évident qu'une résection de 5 à 6 centimètres de la 10me côte aurait évité tous ces débridements, ces drainages réitérés, et ces trois mois de misères.

Les avantages de la résection costale ont frappé plusieurs des chirurgiens qui ont le plus d'expérience dans la matière qui nous occupe, Chauvel, Zancarol, etc..., et elle a reçu bon accueil à la Société de chirurgie quand nous avons exposé notre méthode. Nous conseillons de la pratiquer dans tout abcès volumineux du lobe droit, qui conduit le chirurgien à suivre la voie transpleurale.

Une variété de résection thoracique recommandée par Lannelongue consiste à réséquer le bord inférieur du thorax, pour aborder la face convexe du foie (1). Cette thoracotomie inférieure,

(1) Carmiot. — De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. — Th. Paris, 1891.

Lannelongue. — Acad. des sciences, mai 1887, et Congrès de chirurgie, 1888.

imaginée pour atteindre les collections liquides sus-hépatiques permet d'éviter la plèvre. Elle n'intéresse en effet que ce bord inférieur situé au-dessous du sillon costo diaphragmatique indiqué fig. 2 et 3 et qui mesure de 3 à 4 centimètres de hauteur entre la ligne axillaire et l'appendice xiphoïde.

L'incision ne doit pas se faire sous le rebord costal, ce qui donne une plaie béante laissant à découvert la vésicule biliaire, l'intestin et l'estomac; elle doit être pratiquée à 2 centim. au-dessus du bord thoracique, à partir de 3 cm. en dehors du bord du sternum ; de là elle se porte obliquement en dehors et en bas au point d'union de la 10me côte et de son cartilage. La lèvre inférieure de la plaie s'écartant démasque le bord cartilagineux et l'on désinsère le grand oblique et la partie externe du grand droit. Puis l'on isole avec la rugine la pièce cartilagineuse commune, en évitant d'atteindre le sillon pleural dont la position est fixe. Du reste en serrant le squelette de très près, on menace moins la plèvre puisqu'on pourrait réséquer plus haut que sa limite sans la blesser.

La portion cartilagineuse que l'on résèque a la forme trapézoïde à base constituée par le bord libre, et sa section peut se faire aux ciseaux, ou avec un petit bistouri à résection boutonné d'Ollier.

Nous avons décrit ce procédé de Lannelongue parce qu'il est susceptible de rendre dans certains cas d'excellents services, comme nous l'avons éprouvé nous-mêmes.

Certaines manœuvres accessoires, sutures du foie, curetage, seront décrites au paragraphe suivant.

§ VI.

Méthode des auteurs.

Technique des cas particuliers.

Les indications qu'il faut remplir quand on se trouve en face d'un abcès du foie sont multiples.

a) Il faut avant tout et toujours regarder l'opération comme urgente, et ne pas perdre un temps précieux en atermoiements et en manœuvres inefficaces.

Chercher le pus, préciser sa place, sa profondeur ; puis aussitôt agir avec décision, telle est la première indication à laquelle nous nous faisons une règle absolue de satisfaire.

b) En second lieu il faut assurer au pus un écoulement facile, non seulement pour la première évacuation, mais aussi pour achever l'épuisement définitif de la cavité purulente. L'incision qui remplit les conditions requises est vraiment large, c'est-à-dire qu'elle doit toujours mesurer de 8 à 10 centimètres à la peau, pour que la section du foie puisse être de 6 à 8 centimètres. Ce n'est que dans des cas très exceptionnels que l'on peut réduire quelque peu l'étendue de cette incision, par exemple lorsque le faible gonflement du foie ou une ponction préalable auront fait connaître que l'abcès est peu volumineux. Mais pour que l'ouverture soit suffisante, il ne faut pas seulement qu'elle ait la longueur indiquée. Il faut aussi, quand elle siège dans un espace intercostal, qu'elle ne soit pas serrée par le rapprochement des côtes, qui est tel que le doigt est pincé entre elles, que le drain est serré et aplati, et que le pus enfin ne peut s'écouler librement. La résection de côte s'impose donc, toutes les fois que l'opération doit porter sur la paroi thoracique.

c) Mais l'écoulement du pus doit continuer jusqu'à épuisement complet de la cavité purulente, c'est-à-dire que l'incision doit rester bonne, béante, directe et déclive jusqu'à ce que la cavité soit réellement comblée. On obtiendra ces résultats, autant que possible, 1° à l'aide *d'une incision vraiment large* faite au point où l'abcès semblera *le plus superficiel* (profondeur des diverses ponctions, œdème de la paroi....); 2° en portant l'incision aussi bas et aussi en arrière que possible, s'il s'agit d'une incision *thoracique* pour abcès du lobe droit; 3° en se maintenant au contraire très haut sous le bord costal, et par conséquent à toucher celui-ci, quand l'abcès doit être atteint *par le ventre* et surtout s'il siège au lobe gauche (inciser plus bas serait s'exposer à la destruction du parallélisme par suite du retrait du foie).

d) Il ne suffit pas d'assurer au pus un écoulement libre et constant. Si l'on se rappelle que les parois de l'abcès sont ordinairement revêtues de franges sphacélées, de détritus adhérents, qui forment parfois des masses épaisses, on comprendra que ces parties puissent difficilement se détacher par de simples lavages, et être entraînées à travers les drains. Pourquoi ne pas enlever cette boue du premier coup, et entraîner par un curetage méthodique ces parties putrilagineuses, adhérentes encore, et dont l'élimination est nécessaire à la guérison véritable?

Cette pensée a conduit l'un de nous à cureter les abcès du foie,

comme on curette les utérus fongueux, mais avec quelques précautions différentes.

Quand nous avons pour la première fois parlé du *curetage hépatique*, il s'est manifesté certaines appréhensions vis-à-vis de cette manière de faire imprévue. L'hémorrhagie surtout paraissait redoutable. On nous a dit en même temps que les chirurgiens d'Alexandrie employaient le curetage.

Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale aucun indice de cette pratique, si ce n'est la communication déjà citée de Zancarol au Congrès des médecins grecs (avril 1887), communication traduite par la Semaine médicale (1) et reproduite dans divers ouvrages (Corre). Le troisième temps de l'opération (toilette de l'abcès) y est ainsi décrit : « De forts écarteurs étant » introduits dans l'incision tiennent les parois de l'abcès contre » les parois du péritoine; je procède alors au nettoyage de l'abcès; » je fais d'abord passer un fort courant d'eau distillée tiède.... ; » cette irrigation est continuée jusqu'à ce que l'eau soit claire, » transparente, et de temps en temps je détache *avec le doigt ou* » *avec l'éponge* les caillots de pus qui adhèrent aux parois, ainsi » que toutes les autres parties sphacélées du tissu hépatique. Je » ne cesse ce nettoyage qu'après m'être assuré *de visu* que la » surface de l'abcès est littéralement propre. »

Nous ne trouvons pas dans ce passage trace de l'emploi d'une curette, ou de tout autre instrument métallique.

D'ailleurs dans un mémoire récent Zancarol (2) expose sa pratique dans des termes qui ne laissent plus aucun doute à ce sujet : « c'est à tort que ce point de l'opération *(la toilette de l'abcès)* a été considéré comme un raclage C'est un nettoyage avec des éponges montées et pas autre chose. » Nous sommes donc bien les premiers à avoir imaginé et pratiqué le curetage des abcès du foie, et c'est avec la plus vive satisfaction que nous voyons notre méthode donner des succès entre les mains de nos élèves et de nos collègues de la marine ou des colonies.

Nous avons déjà répondu (3) aux reproches que l'on a faits *à priori* à notre méthode. Nous avons dit que la crainte de l'hémor-

(1) Semaine médicale, 25 mai 1887.

(2) Zancarol. — Traitement chirurgical des abcès du foie des pays chauds. Paris, Steinheil, éditeur, 1893.

(3) Fontan. — Société de chirurgie, déc. 1891 et juillet 1892. — Du même : Clinique chirurgicale, in Bull. méd. de Paris, 16 juillet 1893.

rhagie et de la cholerrhagie, nous paraissait chimérique, la zone de tissu qui forme paroi à un abcès hépatique étant tout à fait transformée, et tous les vaisseaux sanguins et biliaires y étant thrombosés, de sorte que la curette se meut dans une couche privée de vaisseaux ouverts à la circulation. Nous pouvons ajouter aujourd'hui qu'en fait nous n'avons jamais vu d'hémorrhagie dans les cas où nous avons cureté, et que les liquides des lavages sont ressortis absolument limpides au bout de quelques instants.

Le curetage que nous pratiquons est d'ailleurs très prudent. Nous explorons d'abord avec attention les parois de l'abcès avec le doigt, car si la paroi était formée d'une coque fibreuse, comme dans la variété d'abcès enkysté, le curetage serait inutile. Mais le doigt constate la présence de détritus pulpeux et adhérents, que l'aspect lie-de-vin et grumeleux du pus faisait soupçonner : la curette utérine est alors introduite, et fait un grattage modéré, mais ferme, sur toute la surface de l'abcès. De temps en temps le doigt, préférable à la vue, s'assure du travail fait, et si la boue hépatique est abondante, une irrigation entraîne toute cette râclure. Puis la curette reprend son œuvre, de manière à ne négliger aucune région, aucune anfractuosité. Pour combiner les lavages au curetage lui-même, on peut se servir d'une curette à manche tubulé, utilisée en gynécologie, et que l'on raccorde avec un syphon chargé d'eau boriquée.

Il peut arriver que l'instrument ne morde pas dans des tissus trop mous, macérés, et flottants dans la cavité purulente. Ces débris sont alors soutenus sur la pulpe de l'index, pendant que la curette les coupe vers leur base. Le doigt et la curette font ainsi une sorte de pince capable de détacher les parties. La résistance du tissu hépatique sain, et comme une sorte de cri, que le grattage produit lorsqu'il n'existe plus de détritus à décoller, avertissent que l'œuvre de la curette est achevée. En procédant avec cette prudence et cette méthode nous n'avons jamais vu de sang s'écouler d'une facon notable.

Mais outre son innocuité, le curetage présente encore l'avantage de mettre à jour ou tout au moins d'aider à découvrir une seconde poche purulente, s'il en existe au voisinage de celle que l'on traite. La cloison qui sépare deux abcès, mince et flottante, est quelquefois reconnue avec le doigt, ou directement crevée avec la curette, au cours du grattage, et l'on voit arriver brusquement un nouveau flot de pus. Cela s'est produit dans notre observations XCI.

Après avoir hésité, pratiqué timidement, puis avec plus de fermeté, nous avons obtenu par cette méthode des succès sans précédents ; car sur 21 malades traités ainsi depuis trois ans par nous ou nos élèves, malades qui étaient tous dans un état grave et parfois extrême, il n'est survenu aucun accident dû au curetage ; un décès, par suite de pneumothorax ; trois autres par épuisement dysentérique et 17 de nos opérés ont guéri en une période qui a varié entre 8 et 30 jours.

Pour bien faire saisir du lecteur la manière d'inciser un abcès du foie dans diverses circonstances, il nous reste à exposer la technique de l'opération suivant les régions et suivant les complications. Il peut se présenter trois cas typiques principaux : 1° abcès à ouvrir par le ventre, sans adhérences ; 2° abcès à ouvrir par le ventre ou le thorax, avec adhérences ; 3° abcès à ouvrir par le thorax sans adhérences pleurales.

1er cas. — *L'abcès doit être ouvert en dessous des côtes, et il n'y a pas de signes d'adhérences péritonéales.* Il faut dans ce cas faire une véritable laparatomie. Soins antiseptiques préalables comme pour toute laparotomie ; savonner le ventre, raser les poils ; laver au sublimé et à l'alcool. Appareil instrumental stérilisé à l'étuve, ou si l'on n'en possède pas, savonné à la solution phéniquée forte et chaude : bistouris ordinaires et boutonnés ; pinces à forcipressure, variées et nombreuses ; pinces-clamp pour saisir et fixer l'épiploon s'il se présente, aiguilles variées pour suturer l'intestin s'il y avait lieu, ou le foie si on le juge à propos. Les aiguilles d'Hagdorn, avec porte-aiguille de Pozzi, sont préférables dans ces manœuvres parce qu'elles ne coupent pas par leurs bords, et par suite ne risquent pas de sectionner le foie ou les séreuses, mais à la rigueur on peut se servir d'aiguilles fines ordinaires, ou de l'aiguille de Reverdin. Les catguts seront toujours préférés à la soie, afin de n'avoir pas à les retirer.

Érigues et écarteurs profonds ; nous nous servons volontiers des valves étroites à hystérectomie, employées par tous les gynécologistes. Curettes utérines ordinaires, tranchantes, montées sur une tige de 15 à 18 centim., sans compter le manche.

Il est bon d'avoir une curette à tige malléable pour atteindre dans des directions coudées, et une autre à tige tubulée pour faire une injection simultanée.

Chloroforme confié à un aide expérimenté.

La ponction a été préalablement pratiquée au point culminant de la voussure ; quoiqu'il en soit, elle a fourni du pus.

L'incision doit se faire sur le point ponctionné, le trocart étant resté en place. Celui-ci devrait même théoriquement marquer le milieu de l'incision.

Cependant il est tellement utile, pour s'éloigner de la zone dangereuse du hile, de se porter vers le côté droit, que l'on étendra l'incision dans ce sens plutôt qu'à gauche du trocart, toutes les fois qu'on le pourra.

En outre, si la ponction a été pratiquée un peu bas, on fera l'incision à la peau au-dessus d'elle, plus près du bord costal, et il sera facile en réclinant après cela la lèvre inférieure de l'incision, d'apercevoir le point de pénétration du trocart dans la glande ; c'est à ce niveau que l'on aura à inciser le foie.

Ainsi le lieu d'élection de l'incision cutanée est sur le bord du thorax, à partir et en dehors du muscle droit. Longue de 8 centimètres en moyenne, de 5 ou 6 seulement, s'il n'y a qu'une petite voussure circonscrite, cette incision est pratiquée couche par couche, de façon à mettre à nu le bord cartilagineux, à le suivre entièrement, à désinsérer les muscles grand oblique et droit s'il y a lieu. On s'arrête au péritoine ; on assure l'étanchéité s'il y a hémorrhagie ; on vérifie s'il existe ou non des adhérences : la mobilité du foie que l'on voit par transparence suivre les mouvements respiratoires, l'absence de toute infiltration dans la paroi que l'on vient de couper, montrent l'intégrité du péritoine. On l'incise alors sur la sonde cannelée. Dans les cas simples le foie est sous les yeux, sans interposition d'épiploon ni d'intestin. Le trocart qui y est encore plongé, ou dont on voit la trace, indique la voie que le bistouri n'a qu'à suivre. Une lame droite, aiguë, assez longue, ponctionne suivant le trocart (ou à sa place) et sectionne en se retirant, le tranchant vers le côté externe, assez de tissu pour que l'indicateur puisse y trouver passage. Si le pus jaillit, l'indicateur est aussitôt introduit sans attendre que l'abcès soit vidé. Il l'explore attentivement et reconnaît dans quel sens s'étend la principale cavité, de quel côté est la couche hépatique la plus mince. Le bistouri boutonné, remplaçant aussitôt le doigt, débride le tissu hépatique dans le sens indiqué et fait ainsi une incision de 5 à 6 cm. Les lèvres de cette incision hépatique, saisies par des écarteurs, ou par des érignes si les écarteurs mousses lâchent prise, sont tenues béantes par un aide pendant toute la durée du curetage. Celui-ci, pratiqué prudemment mais d'une main ferme et méthodique, comme nous l'avons décrit plus haut, n'exige que quatre ou cinq minutes. Il est combiné avec les manœuvres du doigt et les

lavages à l'eau boriquée chaude. Deux drains de gros calibre sont alors introduits jusqu'au fond de la cavité et permettent une dernière irrigation.

Si après la première ponction au bistouri le pus ne jaillit pas, il faut saisir l'orifice de cette ponction avec deux érignes, et inciser le tissu hépatique couche par couche jusqu'à ce qu'on arrive au foyer, c'est dans ces circonstances que l'on peut avoir des difficultés sérieuses, si le trocart conducteur fait défaut. Il est alors indiqué de le replacer pour être sûr de ne pas s'égarer.

D'autres difficultés peuvent survenir avant ce moment même, par suite de la hernie de l'épiploon ou de l'intestin, ou des mouvements désordonnés du foie.

L'intestin sera aussitôt lavé et refoulé. L'épiploon ne sera refoulé que s'il est intact et sans souillure ; sinon on le réséquera après suture et on le fixera dans l'angle interne de la plaie.

Ces hernies ont grande tendance à se reproduire.

La suture du foie trouve alors son indication. Il faut fixer la surface séreuse du foie, prise en dessous du point de ponction, à la lèvre inférieure de la plaie pariétale. Cette suture doit comprendre le péritoine viscéral avec une petite couche de tissu hépatique, et le péritoine pariétal avec les parties profondes de la paroi, mais non pas la peau. On la pratique avec un catgut moyen, sans tirer fort, car le foie se couperait, et suivant le mode dit *en surjet continu*. Comme on ne prétend pas canaliser toute la plaie, mais apporter seulement une barrière à l'irruption des organes, et assurer le parallélisme des sections successives, il est inutile de suturer la lèvre supérieure. D'ailleurs une suture à la lèvre supérieure serait beaucoup plus laborieuse à cause de la forme en voûte demi-rigide de la paroi thoracique.

2me *Cas. — L'abcès doit être ouvert soit en dessous des côtes soit entre les dernières cotes, et il existe des signes d'adhérences péritonéales.*

Si l'on était amené à inciser sur la ligne médiane, au creux épigastrique, il faudrait préférer une incision verticale qui suivrait la ligne blanche au lieu de couper les muscles droits en travers.

Mais dans la généralité des cas, on opère latéralement sous le bord des côtes. A cette place, on peut passer en dessous du sillon pleural et si les adhérences péritonéales sont assurées, on bénéficie des circonstances les plus favorables puisque l'abcès sera atteint à travers des couches condensées et confondues qui ne donnent

accès dans aucune séreuse. C'est le triomphe de la méthode de Shanghaï, comme de tout procédé opératoire.

Incision rapide de la peau et des muscles sur le trocart, avancer couche par couche jusqu'à ce que l'on soit bien certain qu'il n'y a point de cavité séreuse libre. Se méfier du cul-de-sac pleural si l'on opère très en dehors. Ponctionner au bistouri dès qu'on voit le foie et débrider du même coup en retirant l'instrument tranchant. En effet on aura rencontré de suite le pus, puisque les adhérences sont dues à la superficialité de l'abcès.

L'incision sous-costale pourra être très étroite, c'est-à-dire ne mesurer que 5 cent. pour les petits abcès. L'incision intercostale devra toujours être plus large et mesurer 8 à 10 cm. à la peau, car elle devra se compléter de résection d'un fragment costal ou cartilagineux.

Curetage, etc..., comme précédemment.

3me Cas. — Abcès à ouvrir par le thorax sans adhérences pleurales. Cette ouverture transpleurale mérite plus que tout autre d'être bien réglée, afin de mettre le malade à l'abri des dangers signalés plus haut. Elle donne les plus beaux succès ainsi que le prouvent nos obs. XCI, LXXV, CXIX, CXXVI et CXXIX.

Mêmes précautions antiseptiques que pour la laparotomie ; même appareil instrumental et en outre de quoi réséquer une côte : rugines détache-tendon en spatule, un bon davier à esquille, et l'excellente cisaille à bec de perroquet de Collin, dont le bord mousse concave embrasse si bien la côte sans blesser la plèvre.

L'incision sera faite dans le point désigné par la ponction exploratrice. Mais les raisons indiquées plus haut, la nécessité de ne pas voir le poumon afin d'éviter le pneumo-thorax, celle de rechercher le point déclive, obligent à choisir un espace intercostal inférieur, en dessous du huitième, si c'est possible, et à se reporter assez en arrière, c'est-à-dire entre les deux lignes axillaires antérieure et postérieure. Ce ne sont pas là des conditions de nécessité, mais nous regardons cette région axillaire en dessous du huitième espace comme le lieu d'élection des opérations transpleurales. On pourra le plus souvent y trouver place en se guidant sur des ponctions capillaires multiples.

En réalité, l'incision cutanée ne portera pas dans un espace intercostal, mais bien sur la côte située au-dessous du point de ponction, et qui doit être réséquée. Supposons que la ponction ait amené du pus par le huitième espace : on incisera dans une longueur de 8 à 10 centimètres, *sur la neuvième côte*, suivant une

direction quelque peu courbe, concave supérieurement, les deux extrémités de l'incision affleurant en deux points le bord supérieur de la côte, le point bas de la courbe affleurant le bord inférieur de cet os.

L'incision faite avec un petit couteau fort, met à nu le tissu osseux du premier coup.

Dénudation rapide de la côte avec le détache-tendon ; résection sous-périostée sur une longueur de 6 à 8 centim., à l'aide de deux coups de cisaille et sans que la plèvre ait été ouverte. Si l'artère intercostale donne on y met une ou deux pinces à forcipressure.

La plaie se présente alors comme une longue boutonnière entr'ouverte (fig. 4) les deux bouts de la côte (*aa*) apparaissent à ses extrémités, et entre eux se voit une bandelette lisse formant gouttière et qui est constituée par le périoste costal cachant la plèvre. C'est dans ce lit de la côte qu'il faut faire l'incision de la plèvre costale ; on la pratique de bout en bout, sur une longueur de 6 à 8 centim. et aussitôt entre ses lèvres qui s'écartent, on aperçoit une surface lisse, blanchâtre, verticale, qui passe et repasse, sans s'écarter de la paroi ouverte, à chaque mouvement respiratoire. C'est le diaphragme revêtu de sa plèvre (*b*).

Il a été suffisamment expliqué plus haut que le pneumothorax ne peut pas se produire parce que rien ne vient peser sur le diaphragme et ouvrir la cavité virtuelle du sinus costo-diaphragmatique. Il n'y aurait à redouter cette complication que si l'on voyait le poumon, organe élastique et dépressible, ou si une grande agitation, la toux ou le vomissement, provoquaient de vrais appels d'air.

Si l'opéré est calme, on a tout le temps d'agir, et de faire une suture qui canalise le trajet que l'on va offrir au pus.

Pour cela, nous fixons les deux lèvres de l'incision pleurale à deux lignes parallèles de la plèvre diaphragmatique. Ces deux lignes seront distantes de 8 à 10 millimètres, afin que l'on puisse sectionner le diaphragme entre elles (*c*), une fois la suture faite.

Il est à remarquer que les deux feuillets pleuraux sont faciles à suturer parce qu'ils sont chacun doublés d'un plan résistant et que la pince ne déchire pas : le périoste costal double le premier feuillet, et le diaphragme le second. Avec un catgut demi-fin, armé de deux aiguilles d'Hagdorn très courbes, faites une suture en surjet partant de l'extrémité droite de la plaie, et qui fixe contre la lèvre supérieure de la boutonnière pleurale un pli du diaphragme. Il faut ainsi 8 ou 10 points. La moitié du fil armé de la seconde aiguille

(*g*) est restée libre au point de départ (*d*) (extrémité droite); cette seconde aiguille accomplit sur la lèvre inférieure et un second pli du diaphragme la même opération que la première. Les deux chefs, conduits ainsi à l'extrémité gauche, sont noués entre eux.

Le détail de cette suture est représenté fig. 4.

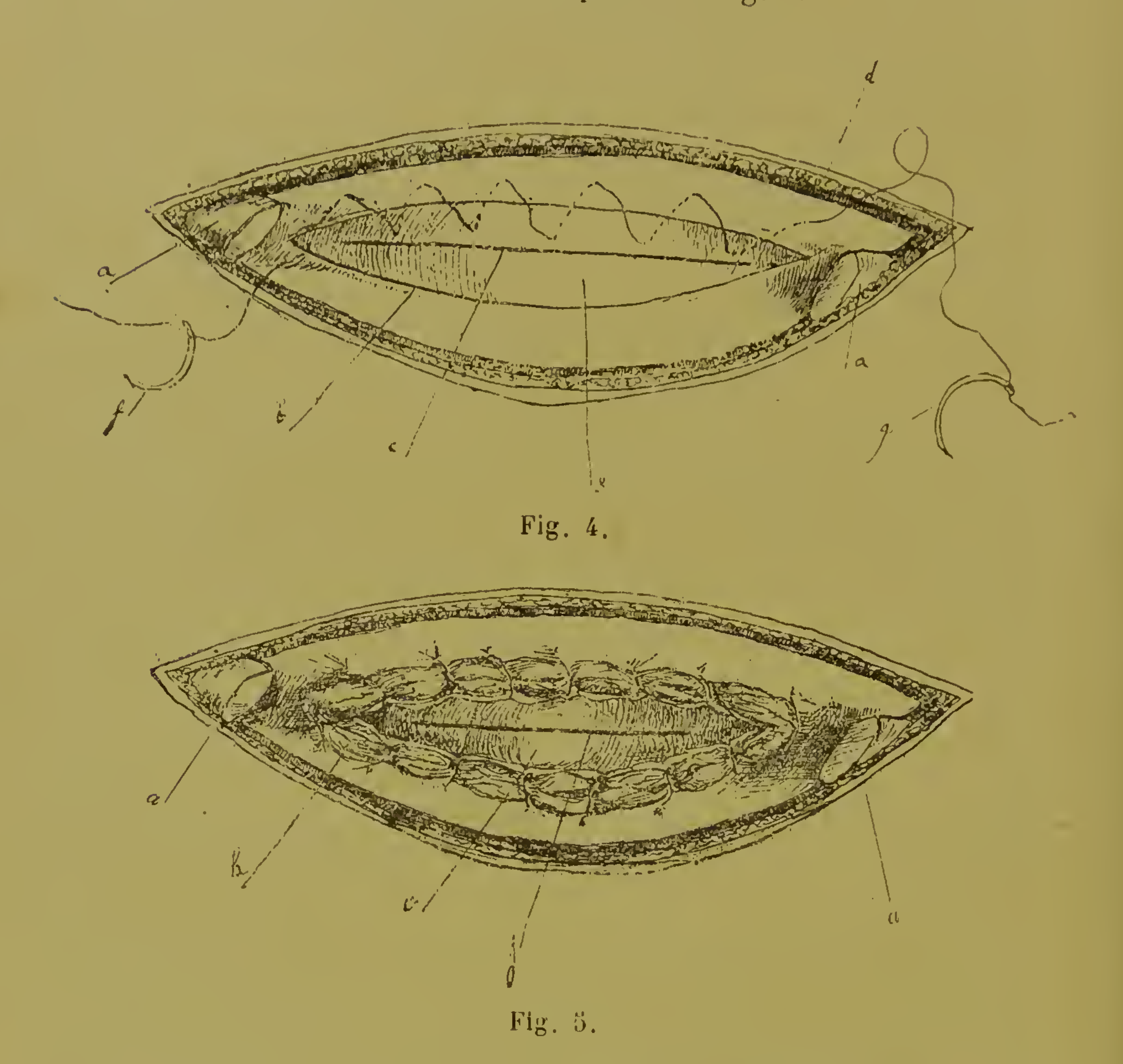


Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 4 et 5. — Détail de la suture pleurale costo-diaphragmatique.

aa. — Bouts de la côte réséquée.
b. — Bord de la plèvre costale incisée.
c. — Lieu où l'on fera l'incision sur le diaphragme.
d. — Point initial de la suture.
e. — Plèvre diaphragmatique.
f. — Aiguille qui a suturé la lèvre supérieure.
g. — Aiguille qui va suturer la lèvre inférieure.
h. — Suture enserrant le feuillet costal et le diaphragmatique.
i. — Foie à nu.
j. — Lieu où l'on va inciser le foie.

Le bistouri pointu sectionne alors le diaphragme sur une longueur de 5 à 6 centimètres, ce qui donne ainsi une large boutonnière entourée d'une bonne suture. Le foie est ensuite directement attaqué et débridé (fig. 5), comme dans les autres opérations. Même curetage, même drainage, mêmes irrigations. Ce procédé canalise parfaitement le trajet du pus, comme le montre la fig. 6. Il ne peut se produire ni pneumothorax ni pyothorax immédiat, et l'on est aussi à l'abri que possible des complications pleurales secondaires.

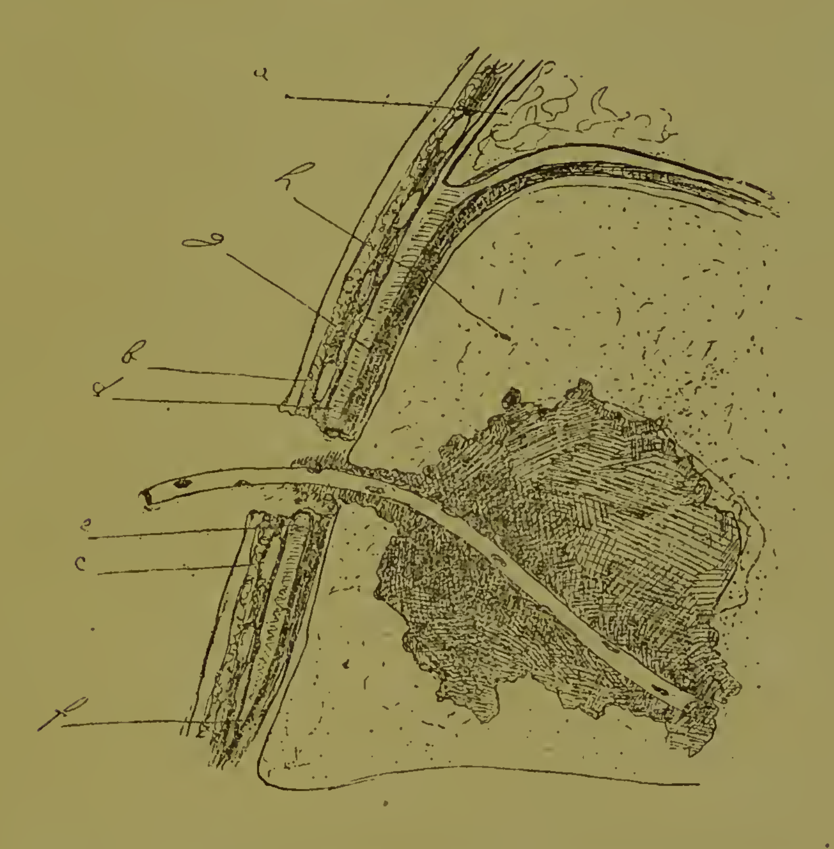


Fig. 6. — Abcès du foie drainé après opération transpleurale.

a. — Poumon.
b. — 8me côte.
c. — 10me côte.
d. — Partie supérieure de la plèvre fermée par la suture costo-diaphragmatique.
e. — Partie inférieure de la plèvre suturée de la même façon.
f. — Fond du sinus pleural.
g. — Diaphragme.
h. — Foie.

Ces trois types opératoires permettent d'attendre et de traiter la plupart des abcès du foie. Le chirurgien devra cependant parfois modifier sa conduite et sera contraint de se porter dans des régions que nous avons recommandé d'éviter : à l'épigastre, à la région lombaire, dans les espaces intercostaux élevés... Il se conformera ainsi à des nécessités diverses, en sachant quelles complications il peut rencontrer. Il pourra se trouver obligé de réséquer plusieurs côtes, si ces os sont cariés, ou si un pyothorax commande en quelque sorte une opération d'Eslander. Il pourra être amené à faire une très large laparotomie, afin d'introduire la main dans le ventre et d'aller explorer la face concave ou l'extrémité gauche du foie. Dans tous ces cas les préceptes que nous avons indiqués trouveront leur application, tout en subissant les modifications suggérées par les connaissances générales de l'anatomiste et l'expérience du chirurgien.

Mais il nous reste à dire quelques mots de deux points accessoires importants : l'anesthésie et les soins consécutifs.

Anesthésie. — Dans une opération très réduite, telle qu'une simple ponction dans un abcès fluctuant, on peut se passer de toute anesthésie.

L'emploi de la cocaïne suffira dans des ouvertures un peu plus étendues, qui n'exigent ni résection de côte, ni suture, et où l'on sait que l'on trouvera des adhérences. Cependant elle ne saurait rendre le curetage indolent.

Toutes les fois qu'il s'agit d'une ouverture large, avec ou sans résection de côte, et que l'on est incertain sur la présence des adhérences, il faut pratiquer l'anesthésie générale. L'opération est alors trop sérieuse, trop longue (résection, sutures, curetage), trop douloureuse enfin pour pouvoir être exécutée sans chloroforme. En outre l'anesthésie générale assure les manœuvres du chirurgien, permet l'affrontement des surfaces, la fixation du foie, etc... en immobilisant les organes, en calmant le jeu respiratoire, en supprimant les cris, les quintes de toux, etc. ; sans chloroforme une opération sur le diaphragme ou dans la région de ce muscle est excessivement laborieuse.

Des contre-indications sont pourtant tirées de l'extrême faiblesse et de la dyspnée inquiétante, surtout quand elle a pour cause le refoulement du cœur en haut et à gauche.

Dans ces cas on sera parfois condamné à une intervention partielle, telle que des ponctions d'attente, jusqu'à ce que le malade puisse supporter une opération plus complète.

Soins consécutifs et suites. — Il va sans dire que la méthode antiseptique doit inspirer tous les détails du pansement.

Le drainage doit être fait au moins avec deux gros tubes, allant au fond de la cavité. Mais les injections soulèvent quelques objections. D'abord il faut être prudent quant à la substance employée. Les solutions phéniquées ont souvent donné des urines noires, et quelques autres signes d'intoxication. Nous préférons de beaucoup le sublimé tant à cause de sa valeur antiseptique supérieure, que de sa moins grande facilité à être absorbé. On emploiera la solution tiède à 1 pour 2000 ou 3000, en ayant soin de ne l'injecter le premier jour qu'après s'être assuré qu'il existe des adhérences, et aussi que les drains bien placés garantissent le libre reflux du liquide.

En outre on fera suivre chaque litre de solution mercurielle, d'une quantité au moins double de solution boriquée. En procédant ainsi on n'aura pas d'accident à redouter, et l'on fera une stérilisation rapide et efficace de la cavité purulente.

Les irrigations consécutives longtemps prolongées ont paru à quelques auteurs s'opposer à la cicatrisation et éterniser la maladie. Il est cependant un moment que tous les chirurgiens devraient fixer comme terme aux grandes irrigations. C'est celui où il cesse d'y avoir issue de boue hépatique. Quand l'écoulement n'est plus formé que par un peu de pus blanc, lié, homogène, c'est que le foie est cicatrisé ou que la cavité suppurante est réduite à une simple cheminée, contenant les drains, et tapissée de bourgeons charnus.

A cet instant, qui peut apparaître dans la première semaine dans les cas heureux, il faut supprimer un drain et les injections. 4 ou 5 jours après, s'il n'a pas réapparu de boue hépatique dans le pansement, on peut supprimer tout drainage.

Le curetage abrège beaucoup cette suppuration.

Quant aux incidents qui peuvent traverser les suites opératoires et les rendre laborieuses, nous les avons exposés au paragraphe des complications post-opératoires.

Nous nous bornerons à mentionner ici les altérations de la paroi, œdème, fusées purulentes, lymphangites et surtout carie des côtes qui peuvent survenir par suite du contact du pus sur ces arcs osseux. Chauvel a présenté sur ce sujet des considérations intéressantes et nous avons cité plusieurs exemples de cette complication tardive.

La fistule persistante est le plus souvent liée à cet état des côtes,

ou à une sorte d'abcès en bouton de chemise étalé sous la paroi. Dans tous les cas un agrandissement de la plaie, avec résection costale et curetage du foyer pariétal, est un moyen aussi simple qu'assuré de mettre fin à cette situation.

Les soins généraux sont ceux que méritent tous les grands opérés. Les considérations tirées de la nature de la maladie font place ici à celles tirées de l'état post-opératoire. Le malade à ce moment n'est plus un hépatique auquel le vin est interdit, il est un grand blessé, un laparotomisé, un opéré en état de shok, suivant les circonstances. On le traitera donc d'après les règles de la chirurgie générale contemporaine, et l'on sera le plus souvent surpris de voir que l'hépatique, le dyspeptique, le dysentérique de la veille, devient en quelques jours un convalescent plein de vie, dont les fonctions digestives se restaurent merveilleusement, et qui arrive par une suralimentation qu'il réclame sans cesse, à récupérer en un délai d'une brièveté surprenante les nombreux kilogs qu'il avait mis plusieurs mois à perdre. On voit des opérés gagner jusqu'à 1 kg. par jour.

Si l'amélioration n'est pas si franche, il faut songer à la possibilité d'un autre abcès, ou à l'évacuation insuffisante de celui que l'on a ouvert. C'est surtout la fièvre qui sert d'indice à ce sujet. Toute élévation vespérale au-dessus de 38° indique que le pus est retenu ; après deux ou trois jours d'observation et de recherche, devant la fièvre persistante le chirurgien doit prendre une nouvelle détermination opératoire.

Mais dans les cas où tout marche pour le mieux ce n'est que plus tard, quand l'opéré sera guéri, c'est-à-dire dans le second ou le troisième mois, que la médecine reprendra ses droits, et le convalescent fera bien de se souvenir alors que son appareil intestinal et hépatique, fortement atteint, a besoin de ménagement, de surveillance, souvent même d'une médication spéciale.

Conclusions. — En terminant ce chapitre chirurgical, nous croyons bien faire d'en résumer les principaux points dans les conclusions suivantes :

1° La présence constatée du pus dans le foie fournit une indication impérative de lui donner issue ;

2° L'évacuation faite de bonne heure, améliorant singulièrement le pronostic, il faut rechercher le pus par la ponction exploratrice hâtive et répétée toutes les fois qu'il y a présomption de suppuration ;

3° La ponction exploratrice étant inoffensive et même parfois profitable, doit être répétée un certain nombre de fois sans aucune crainte ;

4° Quand le pus est trouvé, l'indication d'ouvrir étant urgente, il faut renoncer à tous les procédés de lenteur ;

5° L'évacuation par les canules de trocart étant forcément incomplète, on doit écarter les ponctions avec ou sans drainage ;

6° L'incision directe, vraiment large, est seule capable de guérir les grands abcès du foie. Elle doit être modifiée suivant les régions, mais se plier toujours à toutes les règles de la chirurgie moderne ;

7° La résection d'une côte, les sutures pleurales ou péritonéales, le curetage, le double drain... constituent les derniers perfectionnements de cette méthode et transforment le pronostic des abcès du foie.

OBSERVATIONS

Nous rapportons ci-après un certain nombre d'observations qui n'ont pu trouver place dans le texte et qui nous ont cependant paru assez intéressantes pour ne pas être passées sous silence.

Obs. LXXXIII (1). — Commerçant Espagnol, âgé de 40 ans, et vivant en Indo-Chine depuis 12 ans. Parcourait les rizières pour acheter du riz, qu'il revendait à Saïgon.

Entra dans le service du Dr Vauvray, en 1873, pour un abcès du foie (lobe droit). « Suivant les anciens errements, dit M. Vauvray, je lui fis une large application de caustique de Vienne. Quelques jours après l'abcès augmentant, comme j'étais muni d'un petit aspirateur de Dieulafoy, récemment acheté à Paris, je fis sur l'escharre une ponction, et aspirai une assez grande quantité de pus. Mais voyant que cela n'en finirait pas (le corps de pompe contenant 45 gr. environ) séance tenante en me servant de l'aiguille comme conducteur je fendis successivement escharre et parties molles, et pénétrai largement dans un volumineux abcès, d'où s'écoula une énorme quantité de pus, et de débris hépatiques. Je seringuai et lavai bien la poche à l'eau phéniquée. Le même pansement fut appliqué jusqu'à la guérison qui fut parfaite et rapide.

» Au dire des collègues, c'était la première guérison obtenue en Cochinchine après opération. C'est bien en tout cas la première fois qu'on se servit d'un appareil aspirateur dont je fis la première importation à Saïgon. »

Le Dr Vauvray eut la chance deux ans après de retrouver son opéré, qui succomba en 1875 à une nouvelle crise de *dysenterie*. Il pratiqua l'autopsie, et fut surpris de trouver une cicatrice bien nette au point opéré, et à quelques centimètres plus profondément une petite poche à parois épaisses, véritable kyste, du volume d'une noix, contenant une matière blanche et crémeuse.

Adressée à M. le professeur Mahé, de Brest, cette substance fut analysée et l'on reconnut qu'elle était composée de substances grasses et calcaires. « Ainsi, ajoute Vauvray, avec un certain étonnement, un abcès du foie peut s'enkyster et subir la dégénérescence graisseuse et calcaire (2). »

(1) Vauvray. Inédite.

(2) Cette remarque de Vauvray trouve sa confirmation dans plusieurs faits étudiés au chapitre anatomique.

Mais le plus intéressant dans cette observation c'est d'y voir réunis tous les éléments du procédé que l'on croit avoir pris naissance à Shanghaï huit ans plus

Obs. LXXXIV (1). — *Hép. supp. nostras. — Abcès ouvert dans le péritoine et les bronches. — Mort.* — Clementi, soldat d'infanterie de marine, 22 ans. Entré à l'hôp. St-Mandrier, le 7 nov. 1880. T. du soir : 39°6. Eau de Sedlitz pour demain matin.

8 novembre. — Provient de la caserne du Mourillon. Malade depuis cinq ou six jours. Céphalalgie, vertiges, faiblesse, inappétence, insomnie. Langue saburrale ; abdomen douloureux. Pas de diarrhée. T. : m. 38°6 ; s. 39°2. Sulf. de quinine, 0 gr. 75.

9 novembre. — T. : m. 38°4 ; s. 39°2.
10 — T. : m. 37°8 ; s. 38°6. Sulf. de quinine, 0 gr. 50.
11 — T. : m. 37°6 ; s. 38°6.
12 — T. : m. 37°8 ; s. 38°5.
13 — T. : m. 36° ; s. 38°6.
14 — T. : m. 37°6 ; s. 38°8.
15 — T. : m. 38° ; s. 38°4.
16 — T. : m. 37°5 ; s. 39°5.
17 — T. : m. 37°5 ; s. 39°.
18 — T. : m. 37° ; s. 38°5.
19 — T. : m. 37°2 ; s. 39°6. Douleur à l'épaule droite.
20 — T. : m. 37° ; s. 38°.
21 — T. : m. 37°2 ; s. 38°3.
22 — T. : m. 37° ; s. 37°5.
23 — T. : m. 37°2 ; s. 37°7.
24 — T. : m. 36°8 ; s. 37°.

6 décembre. — Quelques crachats striés de sang. A l'auscultation de l'hémithorax droit, rudesse respiratoire, expiration prolongée et râles sous-crépitants.

7 décembre. — Abondante expectoration de pus chocolat. On porte le diagnostic *d'abcès du foie vidé par les bronches.*

8 décembre. — T. : m. 37°8 ; s. 38°9.
9 — T. : m. 37°6 ; s. 38°5.

10 décembre. — T. : m. 37°4 ; s. 38°3. Crachats toujours très abondants, mais moins colorés.

11 décembre. — T. : m. 36°8 ; s. 38°6.
12 — T. : m. 37°6 ; s. 39°4.
13 — T. : m. 36°8 ; s. 38°6.
14 — T. : m. 37°4 ; s. 38°8.

tard : ponction aspiratrice, incision large suivant le trocart conducteur, injection et pansement phéniqué. Le Dr Vauvray a tenu à affirmer très modestement dans la communication qu'il nous a faite qu'il a agi ainsi la main forcée par la saillie volumineuse de l'abcès et qu'il n'a « aucun des mérites qu'a pu avoir Little en préconisant sa nouvelle et excellente méthode. » Soit ! il n'en a pas moins fait la première opération large et antiseptique d'un abcès du foie, et ce n'est pas à nous à l'oublier.

(1) Inédite.

15 décembre.	T. : m. 37°8 ; s. 39°2.	
16 —	T. : m. 37°8 ; s. 38°6.	
17 —	T. : m. 37°6 ; s. 38°2.	
18 —	T. : m. 37° ; s. 37°5.	
19 —	T. : m. 37° ; s. 38°5.	
20 —	T. : m. 37° ; s. 38°4.	
21 —	T. : m. 37° ; s. 38°7.	
22 —	T. : m. 37° ; s. 38°2.	
23 —	T. : m. 37° ; s. 38°5.	
24 —	T. : m. 37° ; s. 38°3.	
25 —	T. : m. 37°4 ; s. 38°2.	
26 —	T. : m. 37°2 ; s. 38°.	
27 —	T. : m. 37° ; s. 38°.	
28 —	T. : m. 37°1 ; s. 37°4	Diarrhée.
29 —	T. : m. 36°8 ; s. 38°6.	
30 —	T. : m. 37° ; s. 38°5.	
31 —	T. : m. 37° ; s. 37°6.	
1er Janvier 1881.	T. : m. 36°8 ; s. 38°2	Ténesme.
2 —	T. : m. 37° ; s. 38°	Selles très abondantes.
3 —	T. : m. 37° ; s. 38°5.	
4 —	T. : m. 36°8 ; s. 38°2.	
5 —	T. : m. 36°8 ; s. 37°5.	
6 —	T. : m. 36°7 ; s. 38°.	
7 —	T. : m. 36°8 ; s. 38°	
8 —	T. : m. 36°9 ; s. 37°5.	
9 —	T. : m. 36°4 ; s. 37°.	
10 —	T. : m. 36°6. Mort à 2 h. de l'après-midi.	

Autopsie. — *Habit. extérieure.* — Maigreur très prononcée. Rigidité cadavérique. Abdomen ballonné. Teinte sub-ictérique.

Cavité abdom. — *Péritoine* injecté et adhérent à droite ; néo-membranes formant des loges contenant de la sérosité et du pus.

Le *foie*, énormément développé, remonte jusqu'au mamelon. Lobe droit noirâtre et friable. A ce niveau, foyer purulent, du volume du poing, ouvert inférieurement dans le péritoine, et supérieurement en communication avec les bronches par un trajet fistuleux. Vésicule pleine de bile.

Cavité thoracique. — L'ablation du paquet splanchnique formé par le cœur, les poumons et le foie, laisse écouler, dans la poitrine, une notable quantité de pus couleur lavure de chair.

Le *péricarde* renferme environ 400 gr. de sérosité. Le *cœur* paraît réduit à la moitié ou aux deux tiers de son volume normal.

Obs. LXXXV (1). — *Hépatite supp.* (*Tonkin*). *Abcès multiples.* — Demol, soldat d'infanterie de marine, 22 ans. Rapatrié du Tonkin, après six mois

(1) Inédite.

de séjour. Entré à l'hôpital St-Mandrier, le 13 décembre 1890, sous la rubrique: *fièvre palustre et congestion du foie.*

13 déc. T. : s. 37°9.
14 — T. : m. 37°9 ; s. 38°5.
15 — T. : m. 37°2 ; s. 38°8.
16 — T. : m. 37°4; s. 38°7. 2 selles.
17 — T. : m. 38°5; s. 38°9.
18 — T. : m. 38°1 ; s. 39°4.
19 — T. : m. 37° ; s. 39°3.
20 — T. : m. 36°8; s. 38°6.
21 — T. : m. 39°3; s. 38°. 3 selles. Bromhydrate de quinine 0 g. 50. Vésicatoire à l'hypochondre droit. Calomel et Jalap. a. a. 0 g. 50 en 4 paquets.
22 — T. : m. 37°8; s. 39°. 11 selles.
23 — T. : m. 37° ; s. 38°.

24 décembre. — T. : m. 37°3 ; s. 37°1. Douleurs vives à la région hépatique, avec irradiations vers l'épaule droite. Sensibilité à la pression, au niveau du rebord des fausses côtes. Frissons légers suivis de sueurs.

25 décembre. — T. : m. 37°8; s. 38°3.
26 — T. : m. 37°3; s. 38°.
27 — T. : m. 37° ; s. 38°4.
28 — T. : m. 38°2 ; s. 38°4.
29 — T. : m. 36°7; s. 38°5.
30 — T. : m. 37°2; s. 37°9.
31 — T. : m. 37°6; s. 38°9.
1er janvier 1891. — T. : m. 37°8; s. 38°9.
2 — T. : m. 37°3; s. 39°4.
3 — T. : m. 37°1; s. 39°9. La matité hépatique commence à un travers de doigt au-dessous du mamelon et dépasse légèrement le rebord des fausses côtes. Point douloureux à la pression, sur la ligne mamelonnaire.

4 janvier. — T. : m. 37°7; s. 38°6.
5 — T. : m. 38°4; s. 39°5.
6 — T. : m. 38°2; s. 38°6. Ponction aspiratrice. Présence du pus à 5 centimètres de profondeur. Incision au bistouri. Issue d'environ 200 g. de pus jaunâtre, avec débris de tissu hépatique rouge brun.

Lavage à l'eau boriquée. Deux drains à demeure. — A l'analyse bactériologique du pus (examen direct et cultures), staphylococcus pyogènes.

7 janvier. — T. : m. 38°3; s. 39°.
8 — T. : m. 38°8; s. 39°4.
9 — T. : m. 38°4 ; s. 39°2.
10 — T. : m. 37°5 ; s. 39°8.
11 — T. : m. 37°6; s. 39°3.

12 janvier. — T. : m. 38°7 ; s. 39°7.
13 — T. : m. 37°8 ; s. 39°7.
14 — T. : m. 37°5 ; s. 39°2.
15 — T. : m. 36°8 ; s. 37°.
16 — T. : m. 37°3 ; s. 37°7.
17 — T. : m. 37°3 ; s. 38°8.
18 — T. : m. 36°3, s. 38°3.
19 — T. : m. 37° ; s. 38°4. Forte diarrhée depuis 2 jours.
20 — T. : m. 36°9 ; s. 39°2.
21 — T. : m. 36°8 ; s. 39°4.
22 — T. : m. 37°1 ; s. 39°6.
23 — T. : m. 37°9 ; s. 39°4.

24 janvier. — T. : m. 37°4 ; s. 39°6. La diarrhée persiste. Hier, vomissements. Nuit agitée avec délire. Écoulement purulent par l'incision, moins abondant.

25 janvier. — T. : m. 37°4 ; s. 39°2. Presque pas de pus dans le pansement; pas du tout au lavage, après injection de 3 litres d'eau boriquée.
26 — T. : m. 37°8 ; s. 39° .
27 — T. : m. 37°8 ; s. 39°4.
28 — T. : m. 36°3 ; s 37°3.

29 janvier. — T. : s. 39°. Toujours très peu de pus dans le pansement. Le drain est raccourci de 1 centimètre. La diarrhée persiste.

30 janvier. — T. : m. 38°5 ; s. 38°6.

31 janvier. — T. : m. 37°3 ; s. 38°5. Nuit agitée. Presque pas de pus au lavage. Plaie à la région saçrée.

1er février. — T. : 38°2.

Mort le 2 février, à quatre heures du matin.

Autopsie. — *Habit. ext.* Maigreur. Pâleur des tissus. Rigidité cadavérique.

Cavité abdom. — Écoulement de sérosité purulente. *Foie* muscade, graissant le couteau. Capsule de Glisson épaissie. Plusieurs abcès. L'abcès opéré a le volume d'une orange. Une mince couche de tissu hépatique le sépare de deux petites cavités purulentes, dont les dimensions sont environ celles d'une noix et d'une noisette. Le lobe gauche renferme un abcès aussi gros que celui qui a été opéré. Le foie est adhérent à tous les organes voisins (estomac, rein droit, rate, etc.). L'intestin n'a pas été ouvert.

Cavité thoracique. — Les poumons sont congestionnés.

Obs. LXXXVI (1). — *Hépat. supp. (Guadeloupe). Abcès multiples.* Botté, Paul, quartier-maître mécanicien de l'*Iphigénie*, 23 ans, entré à St-Mandrier, salle 9, service de M. le médecin principal Jacquemin, le 25 février 1889.

(1) L. E. Bertrand. *Relevé statistique*, etc. Obs. XI.

Atteint de dysenterie à la Guadeloupe : fièvre, d'abord intermittente, puis sub-continue, depuis le 9 février ; dyspepsie ; amaigrissement ; point de côté hépatique, et, d'après le billet d'entrée, pleurésie sèche vers le 10 du même mois. — Température du 25 au soir : 39°5.

26 février. — Cinq selles. Accuse toujours des douleurs dans la région hépatique. Angine pultacée. T. : m. 38° ; s. 39°2. — Un demi-litre de lait. Sulf. de quinine, 0,80 cgr.; gargarisme : chlorate de potasse, 4 gr.

27 février. — Huit selles. T. : m. 38°3 ; s. 38°8.

28 février. — Six selles. T. : m. 38° ; s. 39°1.

1 mars. — Huit selles. T. : m. 38° ; s. 39°5.

2 mars. — Six selles. T. : m. 38°3 ; s. 38°2.

Evacuation d'un abcès du foie par la méthode de Stromeyer-Little, dans le sixième espace intercostal, à 4 cent. du bord sternal.

Drainage, lavages et pansement antiseptiques.

3 mars. — Une selle. T. : m. 37°8 ; s. 39°8.
4 — Sept selles. T. : m. 37°7 ; s. 39°7.
5 — Six selles. T. : m. 38°4 ; s. 39°8.
6 — Huit selles. T. : m. 38°7 ; s. 40°4.
7 — Huit selles. T. : m. 39°8 ; s. 40°5.
8 — Pas de selles T. : m. 38°5 ; s. 39°1.

Décédé le 8 mars, à 5 h. du soir, après avoir subi, dans le dixième espace intercostal, à une date que la feuille de clinique n'indique pas, une deuxième opération analogue à la première, avec issue de pus.

Autopsie (48 heures après la mort). — 5 abcès hépatiques : 1 dans le lobe droit ; 4 dans le lobe gauche, dont 2 ouverts par l'intervention chirurgicale.

Le registre d'autopsies mentionne qu'à l'ouverture de la cavité abdominale, on remarque une petite traînée de pus qui paraît avoir fusé entre le péritoine et la paroi abdominale, à partir de la première incision. — Injection de l'intestin et péritonite près du pylore.

Obs. LXXXVIII (1). — *Hépatite supp.* (*Sénégal*). — *Abcès unique.* — *Opération.* — *Guérison.* — Gauthier, François, soldat au 1er régiment d'infanterie de marine, vingt-deux ans. Arrivé au Sénégal le 20 août 1882, il tombe malade trois ou quatre semaines après son arrivée, est présenté au Conseil de santé et renvoyé en France, le 20 octobre, pour hépatite. Pendant ce séjour de deux mois seulement, il n'a eu qu'un seul accès de fièvre, mais il est très affirmatif sur ce point qu'il n'a eu ni diarrhée ni dysenterie. Le malade n'a pas fait d'autre séjour colonial. Pendant la traversée, un caustique a été appliqué sur la région malade, à titre d'exutoire et en prévision de la formation d'un abcès de l'organe. Entré à l'hôpital Saint-Mandrier le 10 novembre, dans le service de M. le Dr Forné. On constate une hypertrophie très marquée du foie qui dépasse le rebord

(1) Rousse. *Des ouvert. des abcès du foie.* Th. Montp. 1883. Reproduite in L. E. Bertrand. *De la cholerrhagie*, etc. Obs. II.

des fausses côtes. A la palpation, sensation de fluctuation. Pas de diarrhée, pas de fièvre.

14 novembre. — Le malade est anesthésié avec le chloroforme, après avoir pris, deux heures auparavant, 4 gr. de chloral. On introduit le trocart de Potain à trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes; l'apparition du pus dénote qu'on se trouve dans l'abcès. On fait pénétrer alors un bistouri très mince le long du trocart et on opère un débridement de 4 cent. d'étendue qui donne issue à une très grande quantité de pus (évaluée à 1 litre), crémeux, lie, roussâtre.

Plusieurs lavages à l'eau phéniquée sont ensuite pratiqués, jusqu'à décoloration notable des liquides qui s'écoulent. Un gros drain est introduit dans l'abcès, dénotant une profondeur de 10 centimètres. Pansement phéniqué; coton; compression légère. Très peu d'hémorrhagie.

15. — Les objets de literie et les linges sont souillés par un liquide légèrement sanguinolent; nuit bonne; pas de douleur.

T. : matin, 37°2; soir, 37°2.

20. — Irrigation et pansement phéniqués. L'état du malade continue à être très satisfaisant.

26. — Depuis hier après-midi, le malade éprouve des douleurs à l'orifice de l'abcès. T. : matin, 39°1; soir, 40°. On expulse par lavages un *bouchon de muco-pus* coloré en jaune. A partir de ce moment, les douleurs ont disparu; la suppuration a une teinte jaune biliaire. *Au niveau de la plaie il sort comme du mucus qui proviendrait de la vésicule.*

15 décembre. — L'écoulement de mucus biliaire a cessé. On constitue le pansement suivant : drain plongeur; plaie irriguée quotidienne avec la solution phéniquée à 1 p. 100; on recouvre avec de la tarlatane et des compresses trempées dans une solution phéniquée à 2 p. 100; gutta-percha par dessus; grande compresse sèche; bandage de corps matelassé et doublé en dedans de gutta-percha. Etat général et local très satisfaisant.

3 janvier. — La plaie, de 1 cent. de surface, est d'un bon aspect...

26. — La plaie est complètement cicatrisée depuis le 14. Part en congé de convalescence dans un état aussi satisfaisant que possible.

Obs. LXXXVII (1). — *Hépat. supp.* (Tunisie). — *Deux abcès. — Guérison.* — Le nommé Ahmed ben Mohamed Naben, environ 24 ans, du 2me escadron de spahis tunisiens, venant de Sfax, entre à l'hôpital de Gafsa, le 30 octobre.

On lui fait devancer le convoi parce qu'il s'est trouvé très malade en route, et il arrive à l'hôpital, apporté sur un grabat, vers huit heures du soir.

Le malade est examiné le lendemain matin à la visite.

Il est très amaigri et présente une teinte sub-ictérique généralisée avec suffusion plus marquée des conjonctives. Il répond à peine et se

(1) Cliquet. *Obs. d'abcès vol. du foie.* Arch. de méd. milit. 1886, t. XII. — Reproduite in L. E. Bertrand. *De la cholerrhagie*, etc. Obs. IV.

plaint continuellement; la respiration est gênée, le visage est couvert de sueur, il est en un mot dans un état de faiblesse extrême, à peine peut-il faire comprendre qu'il a eu la dysenterie et qu'il souffre du ventre depuis longtemps.

L'abdomen est volumineux, surtout dans sa moitié supérieure envahie par le foie qui forme une tumeur volumineuse arrondie, douloureuse spontanément et au toucher. Le bord inférieur du foie descend jusqu'à une ligne qui toucherait presque la crète iliaque et passerait à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A ce niveau est une saillie étendue mais fort peu proéminente, arrondie, douloureuse à la pression, ne donnant aucune sensation de fluctuation.

A deux travers de doigt au-dessous du rebord costal, près de la petite échancrure formée par le cartilage de la neuvième côte, est une autre saillie proéminente, pouvant mesurer 6 à 8 cent. de diamètre et dont une partie se perd sous la cage thoracique. La fluctuation n'y est pas absolument nette; la partie est douloureuse; la peau est blanche et légèrement empâtée.

Toute la région hépatique est le siège de douleurs lancinantes, sans irradiations du côté de l'aisselle ni de la fosse iliaque.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Diarrhée abondante; rien du côté des poumons ni du cœur; urine rouge, chargée d'urates, sans albumine. Température : matin, 38°; soir, 39°2.

Le diagnostic ne laisse aucun doute, il y a du pus dans le foie, et probablement deux collections étendues.

Régime lacté, opiacés, sulfate de quinine.

20 octobre. — La nuit a été mauvaise; l'état général est resté aussi peu satisfaisant que la veille, à peine le malade se laisse-t-il examiner, tant la palpation occasionne de douleur. T. : m. 38°; soir, 39°.

23 octobre. — Etat très-grave. Le malade n'a pu avaler que quelques gorgées de lait qui lui ont donné des nausées. Il se plaint sans cesse et reste couché sur le côté gauche, dans la flexion complète.

La saillie constatée au premier jour sous le rebord costal est plus forte; elle est rénitente à la pression et la fluctuation y est assez franche.

La peau de la région est bien plus empâtée que lors du premier examen, elle est toujours œdémateuse à un léger degré.

La diarrhée est toujours très-abondante; le pouls est imperceptible.

Il est indiqué d'intervenir sans délai. Devant la gravité de la situation, pensant que j'ai affaire à une collection purulente étendue, déjà ancienne et renfermant probablement des débris gangréneux assez volumineux, je m'arrête à l'idée d'inciser avec le bistouri.

L'empâtement œdémateux de la région me porte à croire que les adhérences péritonéales sont suffisantes.

Après avoir lavé toute la région dans une large étendue avec la solution phéniquée forte à 5 °/₀₀, je plonge un bistouri à lame forte et étroite

sur le point le plus élevé de la tumeur. Toute la lame ayant pénétré verticalement, je la ramène au dehors en faisant une incision d'environ 5 centimètres, comprenant toute l'épaisseur des tissus.

Il sort par la plaie au moins 700 g. de pus, couleur lie de vin, grumeleux, non homogène, contenant de gros fragments gangréneux sans odeur trop désagréable. La cavité étant bien vidée, je m'abstiens de toute injection ; je place un gros drain qui plonge jusqu'au fond, j'établis un pansement de Lister rigoureux, après une toilette soignée de toutes les parties environnantes.

Deux heures après, l'état du malade n'était plus le même. La respiration s'était rétablie, la douleur ne se faisait presque plus sentir. Toute la journée, le lit fut souillé par du pus qui s'écoulait sous le pansement. La température, qui était le matin de 38°5, retombait le soir à 37°3.

Régime lacté, quinquina, café, sulfate de quinine.

24 octobre. — La nuit a été sans sommeil ; le malade a été agité et a souffert beaucoup au niveau de la plaie. L'écoulement qui avait persisté a *cessé de se faire le matin. La température est à* 37°8. Le malaise s'explique par ce fait que les mouvements du malade ont chassé le drain vers l'extérieur, que celui-ci a été étranglé entre les lèvres de la plaie, que le parallélisme des tissus a été détruit et qu'*il y a eu rétention du pus.* Il est facile de rétablir le trajet à l'aide d'une sonde cannelée après lavage de la peau avec la solution phéniquée forte. Il s'écoule près de 500 gr. de pus très grumeleux et à peine odorant. Vers la fin de l'écoulement, sort une bonne cuillerée *de bile pure.*

Le drain est replacé et solidement fixé; pansement de Lister rigoureusement exact. Toute la journée, le pus s'écoule sur les pièces de pansement.

Température, 37° ; même régime.

25 octobre. — Nuit excellente; le malade est très calme; plus de diarrhée.

L'écoulement a été un peu moins abondant; le pus est toujours de même nature et il sort encore environ une cuillerée de *bile pure.*

Température : matin, 36°3 ; soir, 37°.

26 octobre. — Même bon état; le malade est gai, demande à manger, les fonctions digestives s'opèrent normalement. Ecoulement moindre : issue d'une petite quantité de bile.

Pas d'envie de vomir, ni de fièvre, ni de douleurs abdominales.

La partie supérieure de l'abdomen est toujours remplie par le foie; je m'abstiens de toute palpation dans la crainte d'éveiller quelque manifestation du côté du péritoine.

Température : matin, 36°5 ; soir, 36°8.

Toujours même régime, même prescription.

27 octobre. — L'écoulement continue dans des conditions identiques. L'état général est excellent et il n'y a ni douleurs, ni fièvre.

Les selles sont moulées et colorées ; la teinte sub-ictérique de la peau a disparu. L'appétit est complètement revenu.

La situation reste la même pendant quelque temps, la température oscillant entre 36° et 37°, la quantité de pus étant d'environ 100 gr. dans les vingt-quatre heures. Le pansement est changé chaque matin et consiste en un Lister exact.

Le malade mange très bien ; mais les forces ne reviennent pas vite ; de temps en temps il revient quelques douleurs fugaces se répandant dans toute la région. Le foie a diminué de volume, mais pas d'une façon très notable, et son bord inférieur présente toujours, un peu au-dessus de l'ombilic, une saillie largement étendue et un peu douloureuse à la pression.

8 novembre. — La plaie abdominale s'est rétrécie au point de ne plus admettre un drain de petit calibre. Elle forme une fistule par laquelle sort un simple suintement de pus mieux lié, presque phlegmoneux. Le pansement consiste maintenant dans l'application de charpie phéniquée en gâteaux et établissent une compression, compresse phéniquée et ouate.

L'état du malade est toujours excellent ; il se lève, reste longtemps debout, mais ressent toujours quelques douleurs.

Le 13 au soir, la température a un peu monté (37°8).

13 novembre. — *Malaises*, *frissons* dans la journée ; douleurs lancinantes de la région du foie, avec irradiations vers l'ombilic et la fosse iliaque droite. Pas d'appétit.

Température, 38°2.

15 novembre. — L'écoulement est redevenu tout à coup plus abondant et le pus a repris une couleur lie de vin comme aux premiers jours.

Il y a de la fièvre, un peu d'agitation, la nuit a été mauvaise.

Pensant que, la plaie étant devenue trop étroite, *il y a des phénomènes de rétention,* je veux opérer un débridement, mais le malade s'effraye tellement à la vue du bistouri, que j'ai recours à un autre procédé : à l'aide d'une tige de laminaire taillée finement, j'arrive à faire en 24 heures un trajet suffisant pour admettre un drain de gros calibre.

16 novembre. — Aussitôt que la laminaire est enlevée, il s'échappe un flot de pus lie de vin, grumeleux, un peu odorant, ne contenant que peu de débris gangréneux. La quantité peut en être évaluée à 500 gr. Evidemment un second abcès s'est vidé dans le premier.

Je reviens à ma première manière de faire : drain, Lister rigoureux, compression avec la ouate.

17 novembre. — Le malade est très bien ; il a bien dormi ; l'appétit est revenu. Le foie a diminué de volume comme par enchantement ; la saillie du bord inférieur a disparu, il n'y a aucun empâtement de la région.

20 novembre. — L'écoulement étant devenu de moins en moins abondant, je me décide à pratiquer, pour en finir plus tôt, des injections d'eau phéniquée faible à 1 p. 100.

30 novembre. — La plaie s'est rétrécie et n'admet plus qu'un court drain de petit calibre. Chaque jour on injecte une seringue à hydrocèle d'eau phéniquée en lavage.

9 décembre. — Il ne sort plus une goutte de pus par la petite fistule

à laquelle est maintenant réduite l'incision. Le malade a pris de l'embonpoint, il mange de très-bon appétit, marche toute la journée.

Il demande à retourner chez lui, car il est libéré du service.

Il sort de l'hôpital, complètement guéri, le 21 décembre.

Obs. LXXXIX (1). — *Hép. supp. nostras, consécutive à une fièvre typhoïde suivie de diarrhée dysentérique.* — Frangeul, soldat d'infanterie de marine, né dans la Loire-Inférieure, n'est jamais allé aux colonies.

Après un séjour de six mois à Toulon, il est envoyé aux grandes manœuvres de l'Est, y contracte une fièvre typhoïde pour laquelle il fait un séjour de deux mois à l'hôpital de Dijon, et part pour son pays, en congé de convalescence. Il y est atteint d'une diarrhée qui devient chronique et le fait entrer à St-Mandrier, le 23 avril 1892, à l'expiration de son congé.

De cette date au 20 mai, il est soigné dans le service médical de la salle 11. Les selles sont liquides, parfois sanglantes.

Il y a des douleurs hépatiques qui deviennent plus vives à partir du 12 mai, rendent le décubitus latéral droit impossible et finissent par coïncider avec un léger œdème de la paroi thoraco-abdominale, au niveau du foie. Pas de fièvre.

Le 20 mai, la voussure de l'hypochondre droit accusant nettement un abcès du foie, le malade est évacué sur le service des blessés. T. : m. 37°3 ; s. 37°8.

21 mai. — Chloroformisation sans incident. Pas de ponction préalable, la fluctuation étant manifeste. Incision de 8 cent. sur le bord supérieur de la 9me côte, puis résection rapide de 7 à 8 cent. de celle-ci. Pas d'hémorrhagie. L'abcès se trouve ainsi ouvert du même coup, sa paroi externe étant formée par la paroi costo-diaphragmatique. Adhérences comblant le cul-de-sac pleural et l'espace sous-diaphragmatique.

Evacuation d'un litre et demi de pus chocolat, filant, phlegmoneux, mêlé de grumeaux. Le doigt, introduit dans la plaie, explore une vaste cavité à parois irrégulières, déchiquetées et tapissées tantôt de franges mollasses, tantôt de masses fibrineuses concrètes. Nulle part, il n'y a une membrane d'enkystement. Curetage prudent, méthodique, complet. L'instrument pénètre dans plusieurs diverticules et s'arrête devant une sensation spéciale, une sorte de cri qui indique que l'on gratte le tissu hépatique sain. Il ne se produit pas d'hémorrhagie notable.

Grand lavage de la cavité, alternativement avec la solution boriquée et bichlorurée. Mise en place de deux gros drains adossés en canons de fusil, et de plusieurs bandelettes de gaze iodoformée.

T.: m. 37° 9 ; s. 37° 8.

Urines : quantité 180 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune orangé ; urée 4 gr. 51 (pour la quant. d'urine) ; phosphates 0,53 ; chlorures 1,02. Néant quant à sucre, albumine, pigments biliaires, indol et skatol.

(1) Inédite.

22 mai. — Malade très soulagé. Affaissement de la voussure hépatique. T.: m. 36° 4; s. 36° 7.

Urines : quantité 800 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune brun ; densité 1013 ; urée 12 gr. 76 ; phosphates 0,87 ; chlorures 1,76.

23 mai. — T.: m. 36° 7; s. 36° 8.

Urines : quantité 1230 ; réaction acide ; couleur jaune brun ; densité 1013 ; urée 26 gr. 99 ; phosphates 1 gr. 81 ; chlorures 2 gr. 41.

24 mai. — La diarrhée a disparu ; l'appétit se réveille ; l'état général est transformé.

L'écoulement de pus est si peu abondant et le liquide des injections ressort si clair, que l'on n'hésite pas à supprimer les drains. On ne laisse, dans la plaie, qu'une bandelette de gaze iodoformée. T.: m. 36° 4 ; s. 36° 7.

Urines : quantité 1340 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune brun ; densité 1014 ; urée 18 gr. 92 ; phosphates 2,25 ; chlorures 5,62.

25 mai. — T.: m. 36° 3 ; s. 36° 7.

26 mai. — T.: m. 36° 5 ; s. 36° 7.

Urines : quantité 920 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune brun ; densité 1022 ; urée 17,63 ; phosphates 1,53 ; chlorures 4,70.

27 mai. — T.: m. 36° 5; s. 36° 9.

28 mai. — T.: m. 36° 5; s. 36° 9.

1er juin. — L'exploration digitale de la plaie montre qu'il n'y a plus de cavité hépatique. Le foie est reformé. Il n'existe qu'une petite poche, entre le foie et le diaphragme et cette poche donne, à la percussion, un son skodique.

8 juin. — Le son skodique a disparu. Il n'y a plus qu'une petite plaie de la paroi, non pénétrante, et presque cicatrisée.

L'homme, qui a repris excellent teint, excellent appétit, digère bien et n'a plus de diarrhée, se lève et se promène depuis plusieurs jours.

Obs. XC (1). — *Hépatite suppurée (Tonkin). Abcès multiples. Ouverture dans le péritoine et dans la plèvre.* — Devoteau, agent des douanes, 34 ans, entré à St-Mandrier, le 1er avril 1892.

Rapatrié par le *Comorin*, après quatre ans de séjour au Tonkin.

Malade depuis le 1er janvier 1891. Santé satisfaisante pendant les trois premières années. Au commencement de la quatrième année, a commencé à éprouver des douleurs au flanc droit et à l'épaule correspondante. Soigné à l'hôpital d'Haïphong, pour congestion du foie, en est sorti guéri au bout d'un mois et demi. Au mois de juillet suivant, nouvelle entrée à l'hôpital, pour fièvre ; nouveau séjour d'un mois et demi environ. Repris de fièvre continue, en janvier 1892 ; troisième entrée et rapatriement.

Le malade a été dyspeptique, au Tonkin ; il y a présenté des alternatives de constipation et de diarrhée. Il ne peut dire si ses selles ont contenu des glaires ou du sang. Depuis sa dernière entrée à l'hôpital d'Haïphong, il y a de la fièvre chaque jour.

Actuellement, la région hépatique est déformée par une voussure.

(1) Inédite.

Il y a matité sur une hauteur de 15 cent. environ. Les espaces intercostaux sont distendus. Tout le côté droit est douloureux, surtout à sa partie inférieure. Douleur à l'épaule droite avec irradiation vers le bras. Toux. Respiration soufflante à droite, mais sans signes cavitaires.

2 avril. — T. : m. 38°2 ; s. 38°5.

3 — T. : m. 38°3 ; s. 38°4. Une selle moulée de couleur brune.

4 — T. : m. 37°4 ; s. 39°1.

5 — T. : m. 38°4 ; s. 39°. Veines sous-cutanées abdominales développées. — Urines : quantité 1040 c. c. ; réaction acide ; dépôt d'urates ; couleur jaune brun ; densité 1019 ; urée (pour la quant. d'urine) 9 gr. 57 ; phosphates 1 gr. 51 ; chlorures 5 gr. 72. — Néant quant à sucre, albumine, pigments biliaires, urobiline (1), indol, skatol, matières grasses.

6 avril. — T.: m. 38° 4 ; s. 39° 4. Ponction exploratrice du foie (app. Potain) sans résultat. Urines : quantité 1400 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune brun ; densité 1010 ; urée 4 gr. 15 ; phosphates 0,96 ; chlorures 5,60.

7 avril. — T.: m. 37° 4 ; s. 39° 1. Urines : quantité 1350 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune brun ; densité 1013 ; urée 7,29 ; phosphates 1,74 ; chlorures 2,83.

8 avril. — T.: m. 38° 5 ; s. 39' 4. Urines : quantité 540 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune brun ; densité 1017 ; urée 3,20 ; phosphates 0,48 ; chlorures 2,02.

9 avril. — T.: m. 38° 7 ; s. 39° 7. Urines : quantité 740 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1026 ; urée 980 ; phosphates 0,79 ; chlorures 3,99.

10 avril. — T.: m. 38° 4 ; s. 39° 7. Urines : quantité 1050 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1026 ; urée 13,32 ; phosphates 1,12 ; chlorures 7,61. Indol.

11 avril. — T.: m. 38° 9 ; s. 40° 5. Urines : quantité 850 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1025 ; urée 16,75 ; phosphates 5,74 ; chlorures 2,38. Indol. — Vive douleur à la base de l'hémithorax droit. Depuis hier, vomissements de matières glaireuses mélangées de pus. Application d'un vésicatoire.

12 avril. — Dyspnée très prononcée. Matité de l'hémithorax droit en arrière ; son skodique en avant. Le cœur est fortement dévié à gauche ; la pointe bat en dehors du mamelon ; bruit de frottement au niveau du cœur. Ponction pleurale, dans le sixième espace intercostal, avec l'appareil Dieulafoy. Environ 1200 gr. d'un liquide offrant les caractères du pus chocolat dissous dans un véhicule séreux.

T. : m. 37°2 ; s. 37°7. Urines : quantité 500 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1038 ; urée 13,34 ; phosphates 2,84 ; chlorures 0,57. Indol et skatol.

13 avril. — Le bruit de frottement persiste au niveau du cœur. Le pouls est plus fort. T. : m. 37°7 ; s. 38°7. — Urines : quantité 250 c. c. ;

(1) Nous avons, plus récemment, porté de nouveau notre attention sur la présence de l'urobiline et, dans deux observations toutes récentes, l'analyse a donné des résultats positifs.

réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1029 ; urée 4,99 ; phosphates 0,14 ; chlorures 0,46. Indol et skatol.

14 avril. — Dyspnée disparue. Etat général amélioré. Limite inférieure de la matité hépatique remontée d'environ un travers de doigt. Niveau supérieur de l'épanchement à trois travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Encore des crachats purulents. T. : m. 37°6 ; s. 38°3. — Urines : quantité 450 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1024 ; urée 9,22 ; phosphates 0,24 ; chlorures 4,45. Indol et skatol.

15 avril. — T. : m. 38°5 ; s. 37,4. — Urines : quantité 430 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1031 ; urée 10,21 ; phosphates 1,22 ; chlorures, 0,83. Indol.

16 avril. — T. : m. 38°3 ; s. 38°6.

17 — T. : m. 38° ; s. 37°8.

18 — T. : m. 38°6 ; s. 38°1. — Urines : quantité 500 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1032 ; urée 12,96 ; phosphates 2,65 ; chlorures 1,5. Ni indol ni skatol.

19 avril. — T. : m. 37°8 ; s, 37°2. — Urines : quantité 450 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1032 ; urée 9,30 ; phosphates 2,87 ; chlorures 0,58.

20 avril. — T. : m. 33° : s. 37°4. — Urines : quantité 500 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1029 ; urée 13,01 ; phosphates 2,38 ; chlorures 0,40.

21 avril. — T. : m. 58° ; s. 39°1. — Urines : quantité 450 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1028 ; urée 7,77 ; phosphates 1,69 ; chlorures 0,47.

22 avril. — T. : m. 39°2 ; s. 38°1.—Urines : quantité 700 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; urée 12,94 ; phosphates 2,68 ; chlorures 0,77.

23 avril. — Bruit de souffle amphorique très manifeste à la partie moyenne du poumon droit, en arrière. Tintement métallique au même niveau. T. : m. 37°3; s. 38°2. Urines : quantité 500 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1027 ; urée 10.53 ; phosphates 1.69 ; chlorures 1.45.

24 avril. — T. : m. 38°7 ; s. 38°4. Urines : quantité 560 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune rouge ; densité 1029 ; urée 12.09 ; phosphates 1.46 ; chlorures 1.90.

25 avril. — T. : m. 37°2; s. 39°2.

26 — T. : m. 37°1; s. 38°4.

27 — T. : m. 36°9; s. 38°2.

28 — T. : m. 37°5; s. 36°9.

29 — T. : m. 36°8; s. 37°2. Urines : quantité 510 c. c. ; réaction acide; couleur jaune rouge; densité 1027; urée 7 gr. 60 ; phosphates 1.60; chlorures 0.47.

30 avril. — T. : m. 36°9 ; s. 37°4. Urines : quantité 450 c. c. ; réaction acide; couleur jaune rouge : densité 1029; urée 13 gr. 27 ; phosphates 2.86; chlorures 0.40.

1er mai. — La dyspnée a augmenté. Toux fréquente; abondants crachats purulents. T. : m. 37°7 ; s. 38°3. Urines : quantité 700 c. c. ; réaction acide; couleur jaune rouge; densité 1029 ; urée 13.04 ; phosphates 2.68; chlorures 0.77.

2 mai. — Région hépatique douloureuse à la pression ; œdème pariétal sur tout l'hémithorax droit. Skodisme manifeste. La pointe du cœur est déviée en dehors du mamelon. T.: m. 37°1 ; s. 38°4. Urines: quantité 700 c. c.; réaction acide; couleur jaune ; densité 1028 ; urée 18.22 ; phosphates 3.76; chlorures 0.56.

3 mai. — Après avoir recherché les points les plus douloureux à la pression, situés au-dessous du mamelon droit, on fait, dans cette région, une ponction exploratrice avec l'aiguille de l'appareil Potain ; l'aiguille, enfoncée dans le tissu hépatique et poussée dans plusieurs directions différentes, ne recueille que du sang. Sans retirer l'aiguille, on la dirige alors en haut, vers la cavité pleurale, en passant au-dessus de la face convexe du foie. Il vient du pus en quantité. Incision dans le huitième ou neuvième espace intercostal à 6 ou 7 cent. au-dessous du mamelon, un peu en avant. Issue de pus en abondance. La face supérieure du diaphragme est explorée à l'aide du doigt dans une assez grande étendue ; on n'y trouve rien d'anormal, pas d'adhérences. On place un gros drain double dans l'ouverture et on fait des irrigations. T. : m. 37°; s. 38°3. Urines : quantité 500 c. c. ; réaction acide; couleur jaune ; densité 1028 ; urée 10.03 ; phosphates 1.69 ; chlorures 1.85. Bouillon. Semoule.

4 mai. — Le pus grisâtre hier (jour de l'opération) a pris aujourd'hui une teinte chocolat. L'injection boriquée ou bichlorurée ne provoque ni quintes de toux, ni suffocation, ni sensation particulière au goût. La matité n'existe plus que dans la région hépatique où elle mesure, en hauteur, de 11 à 12 cent. La pointe du cœur bat immédiatement au-dessous du mamelon. A l'auscultation : en arrière et en haut, souffle amphorique. En avant, au-dessus du mamelon, ce souffle offre un caractère vibrant. T. : m. 37°9; s. 37°5.

5 mai. — T. : m. 36°9; s. 38°4.

6 — T. : m. 37°9; s. 38°. Régime à volonté.

7 — T. : m. 37°; s. 37°8. Le pus présente, aujourd'hui encore plus nettement que les jours précédents, la teinte chocolat.

9 mai. — Douleurs au niveau du rebord costal. Région hépatique œdématiée et molle à ce niveau. Deux ponctions exploratrices y sont pratiquées sans résultat. T. : m. 37°9; s. 37°1.

10 mai. — T. : m. 37° ; s. 37°5. Urines : quantité 350 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune; densité 1028 ; urée 6.80 ; phosphates 0.91 ; chlorures 1.10. Indol.

11 mai. — La matité s'étend jusqu'à l'ombilic. Nouvelle ponction capillaire infructueuse. T. : m. 37°9 ; s. 37°5. Urines : quantité 480 ; réaction acide; couleur jaune ; densité 1031 ; urée 4.51 ; phosphates 1,84 ; chlorures 0.91. Indol.

12 mai.— T. : m. 37°8; s. 37°7. Urines : quantité 144 c.c. : réaction acide; couleur jaune ; densité 1024 ; urée 2,25 ; phosphates 0,20 ; chlorures 0,34. Indol.

13 mai. — T. : m. 37°5 ; s. 37°9. Urines : quantité 400 c. c. ; réaction acide ; couleur jaune ; densité 1024 ; urée 7,77 ; phosphate 0,78 ; chlorures 1,40. Indol.

14 mai.— En palpant la région abdominale, on constate qu'il existe, au niveau des points douloureux, au voisinage de l'ombilic, des plaques d'adhérences péritonéales. — T. : m. 37°3 ; s. 37°4. — Urines : quantité 480 c.c. ; réaction acide ; couleur jaune ; densité 1023; urée 8,22 ; phosphates 1,16 ; chlorures 1,44. Indol.

15 mai. — T. : m. 37°3 ; s. 37°4. Urines : quantité 430 ; réaction acide ; couleur jaune; densité 1027 ; urée 7,91 ; phosphates 0,78 ; chlorures 0,90. Indol.

16 mai. — T. : 37°5 ; s. 37°7.

17 mai. — T. : m. 37°3 ; s. 36°8. Urines : quantité 130 c.c.; réaction acide ; couleur jaune ; densité 1029 ; urée 1,57 ; phosphates 0,15 ; chlorures 0,27.; Indol.

18 mai.— T. : m. 36°7 ; s. 36°9. Urines : quantité 350 c.c.; réaction acide ; couleur jaune ; densité 1034 ; urée 7,05 ; phosphates 1,18 ; chlorures 1,05. Indol.

19 mai.— T. : m. 36°8 ; s. 36°8. Urines : quantité 320 c.c. ; réaction acide ; couleur jaune ; densité 1028 ; urée 5,04 ; phosphates 0,96 ; chlorures 1,02. Indol.

20 mai. — T. : m. 37°1 : s. 37°8. Urines : quantité 400 c.c.; réaction acide ; couleur jaune ; densité 1022 ; urée 7,23 ; phosphates 0,80 ; chlorures 0,64 Pas d'indol.

21 mai. — T. : m. 36°9 ; s. 37°6.
22 — T. : m. 37°1 ; s. 37°9.
23 — T. : m. 37°4 ; s. 37°3.
24 — T. : m. 37°4 ; s. 37°3.
25 — T. : s. 37°5.
26 — T. : m. 36°6 ; s. 36°7.
27 — T. . m. 36°8 ; s. 37°.
28 — T. : m. 36°5 ; s. 37°1.

Mort le 29 mai, à 7 heures du matin.

Autopsie (1).

Obs. XCI (2). — *Hépatite* (*Cochinchine*).— *Abcès incomplètement vidé par les bronches.— Incision large et antiseptique. — Guérison.* — Pernot, soldat d'infanterie de marine, 22 ans. Séjour de 15 mois en Cochinchine. Au mois de mars 1890, dans cette colonie, a eu d'abord la diarrhée, puis, trois jours après, simultanément un point douloureux hépatique et du sang

(1) Relation in chap. III (Anat. pathologique).
(2) Inédite.

dans les selles. Quinze jours plus tard, on diagnostique un abcès du foie : un caustique est appliqué sur la région hépatique.

Mais l'homme ayant expectoré du sang et du pus et l'hypochondre droit ayant cessé d'être douloureux, on ne poussa pas plus loin cette première tentative d'ouverture chirurgicale.

A l'hôpital Saint-Mandrier, en juin 1891, on constate un état de profonde anémie, des vomissements alimentaires et de la diarrhée. Les selles, depuis quelque temps, ne sont plus ni muqueuses ni sanglantes. Encore des crachats sanguins et purulents. Toux quinteuse, très pénible.

19 juin. — Etendue de la matité hépatique : 17 à 18 cent. Voussure. Espaces intercostaux agrandis, surtout le cinquième et le sixième. Point douloureux à ce niveau, au-dessous du mamelon. Submatité dans la moitié inférieure du poumon droit. Vibrations thoraciques exagérées. Respirations très fréquentes. Inspiration soufflante avec gros râles humides à la base, se modifiant par l'expectoration. Rien au poumon gauche. Rien au cœur. T. : 38°2. Poids : 46 k. 300. Globules rouges gros et pâles : 4,620,000. Urines : quantité 970 c. c. ; urée 12 gr. 15 par litre, soit 11 gr. 80 pour la quantité d'urine émise dans les 24 heures. Pas de pigment biliaire. Pas d'urobiline (procédé Méhu).

20 juin. — T. : 38°. Trois selles dysentériques. Urine : quantité 450 c. c. ; urée 5.60.

21 juin. — T. : 37°8. Poids : 46 k. 500. Urines 750 c. c. ; urée 8 gr. 89.

23 juin. — Le volume du foie, l'élargissement des espaces intercostaux, la toux, l'insuffisance de l'expectoration et la persistance de la fièvre indiquent qu'il existe un deuxième abcès ou que l'abcès primitif se vide mal. On pratique deux ponctions exploratrices dans les sixième et septième intercostaux ; la deuxième ponction, poursuivie très profondément, amène 400 gr. de pus chocolat (1). Aussitôt, chloroforme. Ouverture large de l'abcès (incision de 8 cent.) ; résection de 7 centimètres de la septième côté. Il s'écoule un demi-litre de pus chocolat. On fait passer, dans la plaie, de l'eau boriquée (plusieurs irrigateurs) et du Van Swieten dédoublé (1 irrigateur), pendant que l'on opère un curetage modéré de la poche. 2 gros drains. Les injections provoquent des quintes de toux.

24 juin. — Fièvre entièrement tombée. Amélioration de l'état général. Les lavages continuent à provoquer des quintes de toux, avec goût *fumé* pour l'eau boriquée, *salé* pour le Van Swieten. Expectoration aqueuse rosée. Urines : quantité 620 c. c. ; urée 8.85.

26 juin. — Les crachats se décolorent. Encore un peu de fièvre le soir : 38°6.

29 juin. — La ligne supérieure du foie est descendue de 2 cent. ; l'inférieure est remontée d'autant. Matité = 14 cent. T. = 37°4. Poids : 44 k.

12 juillet. — Va de mieux en mieux. Les lavages ne ramènent plus de détritus. Selles améliorées. Poids : 43 k. 600.

(1) Le pus, examiné immédiatement, contient des micrococques en quantité. Ensemencé en gélatine, il donne de belles cultures de staphylococcus albus.

19 juillet. — Urines : quantité 1300 c. c.; réaction acide; couleur jaune clair; densité 1021; urée 19 gr. 65; phosphates 2.66; chlorures 9.62. Indol et skatol.

20 juillet. — Urines : quantité 1700 c. c.; réaction acide; couleur jaune ambrée; densité 1024; urée 22.95; phosphates 3.72; chlorures 11.68. Indol et skatol.

21 juillet. — Urines : quantité 1350 c. c.; réaction acide; couleur jaune ambrée; densité 1027; urée 29.16; phosphates 2.47; chlorures 9.65. Indol et skatol. Poids : 45 k. 600.

22 juillet. — Urines : quantité 1120 c. c.; réaction alcaline; couleur jaune ambrée; densité 1031; urée 27.21; phosphates 2.21; chlorures 9.16. Indol et skatol.

24 juillet. — Suppression du drain. Ne tousse plus.

28 juillet. — Poids : 49 k.

4 août. — N'a plus qu'une petite plaie cutanée. Urines : quantité 1640 c. c.; réaction acide; couleur jaune paille; densité 1019; urée 15.50; phosphates 3.66; chlorures 8.45. Indol et skatol.

5 août. — Urines : quantité 2030 c. c.; réaction faiblement acide; couleur jaune paille; densité 1015; urée 19.18; phosphates 3.25; chlorures 8.24. Traces d'indol et de skatol.

6 août. — Urines : quantité 2200 c. c.; réaction acide; couleur jaune paille; densité 1015; urée 26.73; phosphates 3.38; chlorures 10.12. Traces d'indol et de skatol.

12 août. — Exeat. Guéri. Congé de convalescence.

Obs. XCII (1). — *Abcès considérable du foie simulant un épanchement pleurétique. — Destruction de la glande hépatique. — Absence complète d'urée dans les urines.* — Le 31 juin, M. le professeur Fuster, remettant à son collègue, M. le professeur Dupré, le service de la clinique médicale de l'hôpital St-Eloi à Montpellier, lui présentait un soldat de 24 ans, couché au n° 3 de la salle St-Lazare, en lui disant : « Voilà un malade qui est arrivé de Mende, où il était en garnison. Il est atteint d'un vaste épanchement pleurétique du côté droit; la thoracentèse est urgente; j'aurais pu la faire, mais sachant que vous recherchez les cas de ce genre, je vous l'ai réservé. »

Le lendemain, à la visite du matin, on reconnut que tout confirmait le diagnostic porté. Le côté droit du thorax présentait une voussure générale, depuis l'hypochondre jusqu'à la clavicule; les côtes étaient redressées et les espaces intercostaux élargis. Les vibrations avaient disparu dans toute l'étendue de la voussure; la matité y était absolue, le silence respiratoire complet; ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone. Le décubitus dorsal était seul possible. Du reste, point de fièvre, peu d'anxiété respiratoire, et, dans les antécédents, le malade ne signalait

(1) Dupré (Louis). — *De la formation de l'urée, des rapports de ce produit avec les fonctions et les maladies du foie.* Th. Montp., 1881, obs. III.

qu'une douleur vague, illimitée, siégeant à la base du thorax et dans l'hypochondre du même côté, ainsi que quelques troubles dyspeptiques et une jaunisse qui les avait accompagnés.

Ces phénomènes remontent à plus de trois mois. Ils avaient en grande partie disparu depuis longtemps. Cependant les sclérotiques étaient encore sensiblement jaunes, ainsi que l'ovale inférieur du visage et les digestions pénibles. Il n'y avait point de fièvre. Le malade n'avait jamais habité les pays chauds ni les régions marécageuses.

Une notable décoloration des selles et une pigmentation prononcée des urines fixèrent l'attention sans préciser le diagnostic. On n'y vit encore que le retentissement exercé fréquemment sur l'organe voisin, par l'épanchement de la cavité pleurale.

On crut pourtant nécessaire d'examiner les urines avec soin, et, le service de la clinique médicale n'étant pas encore pourvu d'un laboratoire de recherches, M. le professeur Béchamp voulut bien se charger de ce soin.

Elles contenaient peu de matière chromogène, surtout peu de pigment biliaire; mais l'éminent professeur découvrit, ce qu'on était alors fort loin de soupçonner, *qu'elles étaient absolument privées d'urée.* Examinées à trois reprises, elles présentèrent toujours le même caractère.

La thoracentèse fut pratiquée avec la plus extrême confiance. Il sortit un pus abondant, sanieux, couleur lie de vin, absolument semblable à celui qu'on trouve dans certains abcès du foie.

La vaste cavité fut vidée : 2 litres 700 furent extraits. Le thorax s'affaissa immédiatement, mais la matité persista en grande partie. Sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse seulement, on percevait un tympanisme skodique, et la respiration s'y entendait à peine.

Bientôt la fièvre s'alluma, un violent délire survint, et, trois jours après l'opération, le malade succombait.

L'autopsie fut faite avec le plus grand soin et permit de constater une erreur de diagnostic des plus graves. Il y avait là, non pas un épanchement pleurétique, comme on l'avait cru, mais un vaste abcès qui, originairement formé sur la face convexe du foie, avait refoulé le diaphragme jusqu'à la quatrième côte, sans le perforer, et refoulé le poumon vers l'angle costo-vertébral supérieur.

La ponction pratiquée dans le sixième espace intercostal et dans la direction de la ligne axillaire, n'avait atteint l'abcès qu'en perforant le diaphragme. *Le foie avait complètement disparu.* Il ne restait pas vestige de la glande elle-même.

Il était presque impossible de dire dans quel point de la glande l'abcès s'était primitivement développé.

On ne voyait que les débris du kyste.

Obs. XCIII (1), — *Hépatite suppurée (Cochinchine). — Deux abcès du foie. — Cholerrhagie. — Mort.* — M ..., Léon, âgé de 24 ans, soldat au

(1) L. E. Bertrand. *De la Cholerrhagie*, etc. Obs. VI.

3me régiment d'infanterie de marine, entre à l'hôpital Saint-Mandrier, service de M. le médecin principal Bertrand, le 1er novembre 1888, avec le diagnostic : *Dysenterie chronique*, *troubles intellectuels*.

Cet homme revient de Cochinchine par le transport l'*Annamite*. Il a contracté la dysenterie, au mois de juillet 1888. Pendant la traversée, M..... a présenté des troubles intellectuels dus à une insolation antérieure et tels qu'on a été obligé de l'enfermer pendant la plus grande partie du trajet. Durant sa réclusion, à certains moments de lucidité, il accusait déjà des douleurs au niveau du foie. Mais il cessa bientôt de s'en plaindre et on ne traita plus que sa dysenterie et ses troubles cérébraux.

Quand M..... arrive à Saint-Mandrier, son état est le suivant : hébétude très marquée ; faciès stupide ; mutisme absolu. La dysenterie persiste ; les selles sont séro-muqueuses et sanglantes.

Des premiers jours du mois de novembre 1888 à la fin du mois de janvier 1889, périodes alternatives de stupeur et d'agitation extrême avec délire tapageur; puis cessation brusque et définitive de tout désordre mental. Pendant ce temps la dysenterie, traitée successivement par les purgatifs salins, la manne, le calomel et l'ipéca, s'amende au point que, deux jours de suite (23 et 24 janvier), il y a des selles moulées. Malheureusement, une rechute ne tarde pas à survenir. La température axillaire varie beaucoup : tantôt normale toute la journée, tantôt normale le matin et fébrile le soir, tantôt fébrile matin et soir, oscillant entre 38° et 38°5, le chiffre de 39° atteint une seule fois.

1er février. — Les selles renfermant, depuis l'avant-veille, des mucosités sanguinolentes, on a prescrit, hier matin, une faible dose (1 gr. 50) d'ipéca à la Brésilienne, pour une potion idulcorée avec sirop diacode 20 gr. Aujourd'hui, 6 selles liquides panachées. Prescription : un demi-litre de lait ; crème de riz ; deux œufs à la coque; 100 gr. de jus de viande. Tisane albumineuse ; ipéca à la Brésilienne n° 2, avec sirop diacode 20 gr. 30 gr. de ce même sirop pour la nuit. Température : matin 38°5 ; s. 38°7.

2 février. — 6 selles de même nature. T. : m. 38°5 ; s. 39°. Lait. Ipéca n° 3.

3 février. — 5 selles en purée claire. T. : m. 38°8 ; s. 38°5. Ipéca n° 4.

4 février. — Mêmes selles. Bouillon de poulet ; jus de viande 150 gr. Potion : sirop diacode 30 gr.

5 février. — 7 selles liquides panachées. T. : m. 39°2; s. 38°2. Poids net : 45 kilog.

7 février. — Mêmes selles. Dysphagie; douleur intense dans l'arrière-bouche. Ipéca à la Brésilienne à 2 gr., édulcoré avec 20 gr. de sirop diacode. Potion : sirop diacode 30 gr. pour la nuit. Sulfate de quinine 0 gr. 40.

8 février. — Etat des selles peu modifié. T. m. : 38°7; s. 38°2. Le malade accuse une vive douleur dans le septième espace intercostal droit. On avait déjà constaté, le 4 janvier, que la région hépatique était sensible

à la pression et que le foie était augmenté de volume. Ipéca n° 2. Sulfate de quinine 0 gr. 40.

9 février. — Même aspect des selles. T. : m. 37°5; s. 39°2. Ipéca n° 3. Même dose de sulfate de quinine.

10 février. — 7 selles, la dernière en purée épaisse et homogène. Ipéca n° 4.

11 février. — Accuse toujours des douleurs dans la région hépatique. Pas de douleur à l'épaule. *Bruit de frottement* à la base de l'hémithorax, en arrière. T. : m. 38°5; s. 38°8. Sulfate de quinine 0 gr. 60 en 3 pilules. Potion : manne 5 gr. dans 100 gr. de petit lait. Sirop diacode 30 gr. pour la nuit. Badigeonnages à la teinture d'iode sur la région douloureuse,

13 février. — Le frottement perçu en arrière s'entend *en avant, au niveau du foie.* La palpation même le fait reconnaître.

15 février. — Le frottement persiste très accentué. Il signifie évidemment *péri-hépatite*, et, comme existent par ailleurs les signes rationnels d'un abcès du foie (douleurs hépatiques, organe augmenté de volume, fièvre, dysenterie), comme enfin la zone sensible paraît légèrement œdémateuse, une intervention chirurgicale est reconnue nécessaire.

Lavage antiseptique de la région. Ponction avec l'aiguille n° 2 de l'aspirateur Dieulafoy, dans le septième espace intercostal, au niveau du point le plus douloureux : issue de pus rougeâtre. Un bistouri à lame étroite est alors conduit le long de l'aiguille et plongé, d'un seul coup, jusque dans la cavité de l'abcès ; incision de 5 centimètres. Ecoulement d'environ 300 gr. de pus avec nombreux grumeaux. Pressions abdominales modérées. Lavage à l'eau bouillie boriquée. Drainages et pansement antiseptiques.

Prescription : lait, œufs à la coque, 200 gr. de jus de viande.

Bière coupée. Tisane albumineuse. Sulfate de quinine 0 gr. 50 avec extrait d'opium 0 gr. 02, en deux pilules.

T. : m. 37°8 ; s. 37°8.

16 février. — T. : m. 37° ; s. 37°5. Même prescription.

17 février. — T. : m. 37°2 ; s. 37°6. Une selle pâteuse, homogène et bien digérée. Ipéca pulv. 0 gr. 20 avec ext. d'opium 0 gr. 01 en 2 pilules.

18 février. — T. : m. 37°2 ; s. 37°8. 3 selles pâteuses.

19 février. — T. : m. 37°5 ; s. 37°8. 3 selles pâteuses. Suppuration abondante.

Ecoulement de bile par la plaie. Potion : sirop diacode 30 gr.

20 février. — 3 selles pâteuses. T. : m. 37°6 ; s. 37°9. Muguet. Collutoire : borax 4 gr. ; miel rosat 30 gr. Régime à volonté, sur la demande du malade.

21 février. — T. : m. 37°4; s. 38°2. Eschare au sacrum.

22 février. — 5 selles liquides, peu homogènes, lientériques. T. : m. 37°3 ; s 37°9. Sulfate de quinine 0 gr. 50. Sirop diacode 30 gr. Ipéca pulv. 0 gr. 20 et ext. d'opium 0 gr. 02 en 2 pilules.

23 février. — Selles plus homogènes. T. : m. 37°2; s. 37°8.

25 février. — Selles liquides avec mucosités. T. : m. 36°5 ; s. 38°3. Suppuration peu abondante : *issue d'une grande quantité de bile*. L'amaigrissement augmente et les forces diminuent. Lavement boriqué, le matin ; lavement avec ipéca concassé 1 gr. et laudanum de Sydenham 2 gouttes, le soir.

26 février. — 10 selles liquides, sans mucosités. T. : m. 37° ; s. 38°3. Potion : sous-nitrate de bismuth 4 gr. ; sirop diacode 30 gr. Potion : ext. de quinquina 1 gr. et sirop d'écorces d'oranges 20 gr.

27 février. — T. : m. 37°4 ; s. 37°8. Bronchite.

28 février. — Selles bilieuses ; ténesme anal et vésical. T. : m. 37° ; s. 37°9. Ipéca pulv. 0 gr. 20 et extr. d'opium 0 gr. 02 en deux pilules. Un demi-lavement boriqué.

1er mars. — Nombreuses selles muqueuses avec placards sanguinolents (lie de vin) de nature purulente. La suppuration est presque tarie : *le liquide qui sort de la plaie est de la bile presque pure ; le malade est toujours mouillé, les pièces de pansement sont traversées et doivent être changées plusieurs fois par jour, tout cet écoulement est abondant.* Même régime alimentaire. Sirop diacode 40 gr. ; un demi-lavement boriqué.

2 mars. — T. : m. 37°8 ; s. 38°. Même aspect des selles. Bols de viande crue hachée. Pancréatine 0 gr. 30 en deux cachets.

3 mars. — T. : m. 37°5 ; s. 37°5. Mêmes selles. Extrait de bile de bœuf 0 gr. 20 en deux pilules.

On continue jusqu'au 6 mars, le même traitement, moins l'extrait de bile de bœuf qui n'est pas toléré et occasionne des coliques avec selles plus nombreuses. *La bile sort toujours par l'incision.* Les selles ont le même aspect. Le malade meurt le 6 mars, à minuit.

Autopsie trente-six heures après la mort.

Habitude extérieure. — Maigreur extrême. Plaie de l'incision de l'abcès du foie, dans le septième espace intercostal droit.

Incision cruciale de la fourchette sternale au pubis et, transversalement, d'un rebord costal à l'autre. Ablation du plastron chondro-sternal ; résection des quatre dernières côtes droites.

Cavité abdominale. — A l'incision du *péritoine*, pas de liquide.

Estomac très distendu.

Adhérences glutineuses et sans résistance du foie avec la paroi costale, le diaphragme, l'angle du côlon transverse et du côlon ascendant ; adhérences pleuro-diaphragmatiques plus solides. Le péritoine péri-hépatique n'est ni épaissi ni laiteux.

Foie volumineux. Poids : 2 k. 250. Orifice de l'abcès oblitéré par un bouchon de couleur jaune et bordé d'un cercle bleuâtre ; à deux travers de doigt de cet orifice, en haut et en dedans, tissu hépatique aminci et fluctuant. Saillie convexe très prononcée de toute la partie supérieure du lobe droit.

De l'orifice de l'abcès, agrandi par incision, s'écoule du pus jaune

d'ocre, fétide et grumeleux. Cavité du volume d'une orange ; aspect tomenteux et putrilagineux de la paroi, réduite, en arrière, au niveau des adhérences du foie et de l'angle du côlon, à une coque dont l'épaisseur n'excède pas 2 millimètres. On s'assure que le côlon et la paroi de l'abcès sont sans solution de continuité ; aucune cheminée n'existe entre ces deux organes.

Au niveau du point où se remarquent les caractères signalés plus haut (tissu aminci et fluctuant), deuxième abcès du volume d'un œuf de poule, contenant du pus *lie de vin*. Cet abcès ne communique pas avec le premier; un point de substance hépatique, large d'un travers de doigt, sépare les deux cavités. Des coupes multiples pratiquées dans le foie ne montrent pas d'autre abcès. Ces coupes sont exsangues et planes, offrant l'aspect *muscade* dans les parties non abcédées.

Vésicule biliaire rétractée, petite et *intacte*, contenant environ une cuillerée à café de bile épaisse, couleur *teinture d'iode.*

Toute l'atmosphère celluleuse de la *fosse iliaque droite* est infiltrée de pus. Le *péritoine* est épaissi. Adhérences générales du *cæcum* à la paroi iliaque ; nombreuses et solides adhérences de cette portion du gros intestin avec le sommet du rein droit. Paroi du cæcum très épaissie ; muqueuse bourgeonnante, criblée d'ulcérations noires et profondes ; il n'est pas possible d'affirmer une perforation actuelle.

Le *côlon* et le *rectum*, épaissis partout, sont remplis d'une purée jaune plaquée de mucus sanguinolent. Muqueuse végétante, parsemée d'ulcérations déchiquetées et d'ilots cicatriciels. Au rectum, une ulcération à l'emporte-pièce atteint jusqu'à la séreuse.

Rate très ferme. Poids : 170 gr.

Pancréas de couleur normale et de consistance scléreuse ; résiste à la coupe et crie sous le scalpel. Tête de l'organe hypertrophiée. Poids : 95 gr.

Rein droit. — Poids : 129 gr. Aspect louche de la substance corticale. Pyramides de Malpighi très apparentes. — *Rein gauche* résistant à la coupe. Poids : 135 gr.

Cavité thoracique :

Cœur. — Plaque laiteuse du *péricarde* ; quelques cuillerées de sérosité fibrineuse sont contenues dans ce sac fibreux. Caillot *raisiné* dans l'*oreillette* droite. Caillot fibrineux, en partie décoloré, enchevêtré dans les colonnes charnues du *ventricule* droit et prolongé dans l'*artère pulmonaire*. Poids du cœur (avec caillots) : 320 gr.

Poumon droit souple et crépitant, dans ses deux tiers supérieurs ; congestionné à la base, où la pression fait sourdre, des coupes, du muco-pus bronchique épais.

Poumon gauche. — *Plèvre* granuleuse au sommet. Noyau cunéiforme et d'aspect caséeux à la partie moyenne de la face interne du poumon.

Examen histologique (note de M. le professeur Fontan). — Dans les portions éloignées de l'abcès, le foie est en état graisseux assez avancé et

les espaces conjonctifs péri-lobaires sont agrandis et sclérosés. Il n'y a pas trace de pigmentation.

Cet état du tissu hépatique persiste jusqu'à une distance de 6 à 8 mill. du fond de l'abcès. Cette marge, épaisse de 6 à 8 mill., est, au contraire, diversement altérée par le processus irritatif.

A la limite externe de cette zone, on aperçoit le tissu hépatique proprement dit comprimé, réduit en bandelettes étroites, entre lesquelles d'autres bandelettes farcies de cellules lymphoïdes représentent, sans aucun doute, les mailles capillaires, invisibles sur un foie sain. Il y a là une véritable hépatite interstitielle phlegmoneuse. Le type lobulaire a disparu.

Cet état augmente à mesure que l'on se rapproche de la cavité de l'abcès. Les bandelettes hépatiques deviennent des ilots restreints qui ne contiennent plus qu'une ou deux cellules comprimées, tandis que les espaces capillaires et conjonctifs finissent par former une vraie mare embryonnaire. On y voit quelques vaisseaux.

Enfin, suivant une ligne sinueuse très nette, ce tissu, qui possédait encore le caractère hépatique, cesse brusquement, et l'on trouve un lit embryonnaire pur, épais de 1 mill. à peu près et qui forme la paroi interne de l'abcès. Aucune lamelle conjonctive n'entre dans la constitution de cette paroi; on y voit seulement mélangées un certain nombre de gouttelettes graisseuses.

Les plus internes de ces cellules embryonnaires, mal colorées et granuleuses, sont plongées dans une substance granuleuse grisâtre et constituent du pus. On ne trouve pas les grandes cellules sébacées de Kiener.

En somme, on est en présence d'un abcès du foie phlegmoneux, sans aucune trace de réparation.

Côlon transverse. — Ulcère intestinal dont le fond atteint et entame, par places, la couche musculaire. Celle-ci est infiltrée de leucocytes et présente un liséré nettement enflammé au fond de l'ulcère. Des globules blancs granuleux, volumineux, non colorés par le carmin, forment le pus qui fait suite, sans transition, au tissu musculaire.

Il y a donc ulcère à l'emporte-pièce, sans zone phlegmoneuse alentour.

La séreuse sous-jacente est épaissie, enflammée modérément et œdématiée.

Les vaisseaux, et particulièrement les artères, sont thrombosés.

Cæcum. — Portion très épaissie et voisine d'une perforation. La couche muqueuse et une partie de la celluleuse manquent. Toutes les autres couches sont épaissies et ont le caractère du phlegmon chronique. La séreuse péritonéale est particulièrement épaissie et enflammée.

Ganglions mésentériques.— Turgides, hypertrophiés, mais de structure normale.

Bactériologie. — (Note de M. Albot, étudiant en médecine, aide de bactériologie.)

Avec le pus de l'abcès du foie, recueilli après l'opération, il a été fait

une série de cultures sur plaques, en tubes de gélatine et sur pommes de terre. Dans tous les cas, on a obtenu des colonies pures de micrococci présentant des dimensions régulières de 1/2 à 1 μ, isolés ou groupés en diplococci et surtout en grappes.

Les tubes avaient l'aspect classique de couches de peinture d'un gris sale, tous caractères propres à définir le *staphylococcus albus*.

Sur les pommes de terre, à la périphérie des taches siégeant au point d'inoculation, il y avait des granulations grises miliaires que l'étude, à l'aide de forts grossissements (Vereck, oculaire 3, objectif 10 à immersion, dont le tube tiré = 1350 D), montre composées des éléments décrits plus haut.

Microbes dans les tissus. — A l'autopsie, pratiquée 36 heures aprés la mort à cause des exigences réglementaires, on recueille des fragments de tissu pris dans le foie au niveau de l'abcès et un peu en dehors, de manière à pouvoir étudier les parois de cet abcés et les parties en apparence à peu prés saines.

On recueille aussi des ganglions mésentériques et des portions d'intestin prises au niveau du côlon transverse et du cœcum.

Foie. — Parois de l'abcès. Durcies par l'alcool absolu, débitées en coupes minces et traitées par la méthode de Gram. Sur la paroi de l'abcès, bordure non interrompue de *staphylococci*, granulations de 1/2 à 1 μ, régulièrement arrondies, isolées quelquefois, le plus souvent deux par deux ou en grappes. Par places il y a une épaisseur considérable de cette couche de microbes pénétrant dans le tissu hépatique à des profondeurs variables. D'une manière générale, les micrococci sont d'autant moins abondants qu'on s'éloigne davantage de la cavité de l'abcés. Quelquefois, cependant, on rencontre dans l'intérieur du tissu hépatique, des amas ou ilots de micrococci communiquant avec le foyer purulent, par une sorte de cheminée ou de rivière composée des mêmes éléments indiqués ci-dessus ; á 3 millim. du bord de l'abcès, on voit quelques rares grappes et des diplococci espacés. — *Tissu hépatique en dehors de l'abcès.* Pas de microbes libres, mais nombreuses cellules lymphoïdes contenant des granulations colorées en bleu.

Cœcum. — Au niveau de la péri-typhlite suppurée, épaississement énorme de la paroi intestinale. Du côté interne, mêmes micro-organismes que par le côlon transverse. Du côté de l'abcès extérieur à l'intestin, les bords de la poche purulente sont tapissés par des micro-organismes en amas souvent considérables, infiltrant plus ou moins le tissu conjonctif. Granulations isolées, diplococci, chaînettes nombreuses de 3, 5, 6 articles, quelques grappes peu fournies. Pas de bacilles.

Côlon transverse. — L'ulcération siège profondément, s'étendant presque vers le milieu de la celluleuse et parfois jusqu'à la musculeuse épaissie et sclérosée qui sert de barrière et au-delá de laquelle on ne voit plus de microbes. Au niveau des parties sphacélées, nombreuses granulations

isolées, le plus souvent deux par deux, rarement en grappes, si ce n'est en pleine celluleuse. Autres granulations ovoïdes, groupées surtout deux par deux, quelquefois en chaînettes. Rares bacilles isolés vus en amas.

Ganglions mésentériques. — Quelques grappes maigres de micrococci : Tout le tissu ganglionnaire est infiltré de cellules lymphoïdes criblées de granulations très petites qui sont restées colorées et dont les diamètres peuvent être évalués à 1/4 μ. Quelques-unes de ces granulations occupent une position circulaire périphérique par rapport à la cellule dont la partie limitante n'est pas colorée.

Obs. XCIV (1). — *Hépatite suppurée (Cochinchine). — Abcès unique. Guérison.* — Le Dervé, 1er maître de mousqueterie, 37 ans. Première entrée à l'hôpital St-Mandrier, pour diarrhée ancienne de Cochinchine, en novembre 1890.

2e entrée, le 28 avril 1891. Rechute. Poids : 56 k.

13 mai. — Pour la première fois, point de côté hépatique. Foie augmenté de volume.

29 mai. — Diarrhée améliorée.

2 juin. — Vive douleur hépatique. T. = 39°1.

6 juin. — Exeat en congé.

3e Entrée, le 7 août 1891. Urgence. Abcès formant voussure directement sous la peau. T. = 38°5.

Ponction directe au bistouri, à 4 travers de doigt au dessous du mamelon, dans le 7me espace intercostal. Issue de 1,500 gr. de pus blanc suivi de pus chocolat (suppuration hépatique et pariétale superposées). Drain. Lavages boriqués. Le pus, examiné et ensemencé, donne du *staphylococcus albus* en abondance.

Du 8 au 17 août. — Amélioration rapide ; plus de fièvre. Grands lavages boriqués ; expulsion facile et abondante de pus chocolat avec détritus.

Selles améliorées. Appétit. Retour des forces.

17 août. — Urines : quantité 1700 c. c. ; urée 8 gr. 82 par litre, soit 14 gr. 99 pour la quantité d'urine des vingt-quatre heures. Pas d'urobiline. Indican.

Du 18 au 31 août. — Alternatives de diarrhée et de constipation. Détritus toujours entraînés par le liquide des lavages.

31 août. — Urines : quantité 950 c. c. ; urée 22 gr. 6 par litre, soit 20 gr. 95 pour la quantité d'urine des vingt-quatre heures. Pas d'urobiline. Disparition de l'Indican.

Du 1er au 10 septembre. — Raccourcissement graduel du drain. — Persistance des grumeaux hépatiques jusqu'au 10 septembre.

16 septembre. — Suppression du drain.

30 septembre. — Cicatrisation complète. Exeat en congé.

(1) Inédite.

Obs. XCV (1).— *Hépatite suppurée (Tonkin). — Abcès du lobe gauche. — Abcès hépato-péritonéal à droite.— Cholerrhagie. — Mort.* — Convent, soldat du 1er régiment d'infanterie de marine, rapatrié du Tonkin après deux ans de séjour dans cette colonie. Entré à Saint-Mandrier, le 12 mai 1889, atteint de pleurésie droite, et placé dans le service de M. le médecin principal Jacquemin qui, quelques jours plus tard (26 juin), diagnostique, en outre, un abcès du lobe gauche du foie et pratique, avec l'aspirateur Potain, une ponction exploratrice. Issue de pus : le malade est dirigé sur le service de M. le médecin en chef Thomas.

Le 29 juin, nouvelle ponction capillaire de l'abcès du lobe gauche, par M. le médecin de 1re classe, B. Giraud. Extraction d'environ 400 gr. de pus *café au lait*, épais, filant, à odeur fade.

Le 1er juillet, petite incision de la peau, à l'épigastre, au niveau de l'orifice externe du trajet de la précédente ponction, et introduction, dans la plaie, d'une tige conique de laminaire.

Le 2, la tige de laminaire est retirée; on passe, dans la fistule dilatée, une sonde molle de gros calibre (26). Écoulement d'une forte quantité de pus *chocolat*, à odeur fétide, contenant beaucoup de grumeaux. Lavage boriqué (solution à 4 p. 100), avec le siphon de Potain : deux litres de liquide environ sont employés à ce lavage. Pansement antiseptique.

Mêmes lavages les jours suivants. L'état général est un peu moins mauvais. T. : 38°.

Le 7 juillet, ponction capillaire aspiratrice, dans le 8me espace intercostal droit : 20 gr. de sang noirâtre.

Le drain ne pénètre plus que d'une demi-longueur dans le trajet du lobe gauche. *Il s'écoule, de la plaie, un liquide jaunâtre qui paraît être de la bile.*

Le 10, algidité, sueurs, dyspnée avec immobilité de l'hémithorax droit. Le pus, très abondant, est toujours fortement coloré en jaune.

Mort à 8 heures du soir.

Autopsie, quatorze heures après la mort.

Habitude extérieure. — Maigreur très accusée. Plaie circulaire d'environ 2 cent 1/2 de diamètre, au côté gauche de l'épigastre, donnant issue à un liquide purulent. Trace de piqûre capillaire dans le 8me espace intercostal droit.

Cavité thoracique. — Quelques tubercules caséeux, de petit volume, aux deux sommets pulmonaires; légères adhérences pleurales. A la partie postéro-inférieure de la plèvre droite, adhérences fermes et épaisses, dans les mailles desquelles on trouve environ 200 gr. de pus séreux. Très fortes adhérences pleuro-diaphragmatiques.

Cavité abdominale. — Le *foie* est le siège de deux abcès, l'un dans le lobe gauche, l'autre dans le lobe droit.

(1) E. L. Bertrand. *De la Cholerrhagie*, etc. Obs. VII.

L'abcès du lobe gauche représente une cavité irrégulière du volume d'une pomme. Il communique avec l'extérieur (région épigastrique), au moyen d'un trajet circonscrit par de fortes adhérences péritonéales. Il renferme un pus visqueux et jaunâtre. Il n'est pas possible de découvrir l'orifice par lequel la bile s'épanchait dans la cavité de la poche. Mais au voisinage de celle-ci, on trouve un petit abcès du volume d'une bille, dans lequel s'ouvre librement un canalicule biliaire d'où l'on peut faire sourdre, par la pression, un liquide présentant toutes les apparences de la bile. A partir de ce point jusqu'à l'origine du canal hépatique, il est facile de suivre, sur la sonde cannelée, les canaux biliaires dilatés et fortement colorés en jaune par la bile.

Vésicule *intacte*, contenant environ 30 gr. de bile d'aspect normal.

L'abcès de droite occupe la partie la plus saillante de la convexité du lobe correspondant. Il est aplati, assez régulièrement circulaire et large de 8 à 10 centimètres.

Il renferme, à peu près, 350 gr. de pus épais et comme muqueux. Ses parois sont constituées : en haut par le diaphragme très altéré et impossible à détacher, sans déchirure, de la base du poumon ; en bas par le foie sur lequel on remarque une dépression sphérique, aplatie, circonscrite par des adhérences et figurant, assez exactement, l'empreinte d'une mamelle avec son mamelon. Au centre, en effet, existe une excavation du volume d'un demi-œuf de pigeon, creusée dans le parenchyme hépatique. Nul doute que le pus ait pris naissance en ce point pour se répandre, ou bien sous la capsule de Glisson en la décollant, ou encore, après rupture de cette enveloppe, entre les deux feuillets péritonéaux. La surface hépatique, ainsi limitée, est dépolie et comme macérée par le pus.

Le tissu du foie est rouge, moyennement foncé et de consistance ferme. Il ne porte pas trace de la ponction capillaire du 9 juillet. Poids du foie : 2,000 gr.

Rate. — Volumineuse, rouge foncé; consistance assez ferme. Poids : 550 gr.

Intestin grêle. — Assez fortement injecté. Ne présente pas d'ulcérations. — Le *gros intestin paraît* sain. Poids : 190 gr.

Les *ganglions mésentériques* sont hypertrophiés.

Obs. XCVI (1). — *Hépatite suppurée dysentérique nostras. — Carie costale.* — L..., Eugène, vingt-trois ans, tonnelier au port, entre à l'hôpital de Brest, salle 9, le 25 août 1885.

Ce jeune homme, qui n'a jamais servi aux colonies, a été pris de dysenterie, il y a une quinzaine de jours.

Actuellement, diarrhée ; douleurs à l'hypochondre droit, depuis quatre jours ; dyspnée. La pression est douloureuse à la partie inférieure de la

(1) L. E. Bertrand. *Relevé statistique,* etc. XIII[e] observation.

région hépatique, et, à la percussion, le foie dépasse le rebord costal d'environ trois travers de doigt. Pas d'œdème de la paroi abdominale. T. : m. 38 ; s. 38.2.

Battements du cœur normaux à l'auscultation. Rudesse respiratoire très marquée au sommet droit ; quelques craquements secs au sommet gauche. Toux sèche et fréquente.

En raison de ces derniers signes, le malade est considéré comme tuberculeux et traité surtout comme tel. La cessation de la fièvre vers la fin du mois de septembre et l'exagération des symptômes thoraciques semblent justifier ce diagnostic. Mais il est évident que l'hypothèse d'un abcès du foie n'est pas complètement repoussée, puisqu'on note, le 2 octobre, en même temps que la persistance de l'hépatomégalie, de la douleur à l'épaule droite.

Au commencement de novembre, la situation clinique est telle que le diagnostic « *abcès du foie* » ne semble pas contestable. C'est l'opinion de mon camarade, le D[r] Ayme, qui me remit le service, après en être resté chargé pendant quelques jours seulement.

Le 10 novembre, la base de l'hémithorax droit est soulevée en voussure depuis la sixième côte. Toute la région est œdémateuse et l'auscultation y perçoit, en avant, au niveau des derniers espaces intercostaux, un *bruit de frottement* très net.

Le 13 novembre, ponction aspiratrice avec une aiguille de l'appareil Dieulafoy : extraction de 400 gr. de pus *chocolat*.

Une opération plus radicale est remise à quelques jours. Le 23 novembre, tumeur acuminée et fluctuante, au niveau du point où la précédente ponction a été faite.

J'y plonge un bistouri étroit jusqu'à mi-longueur de lame et le retire en pratiquant une longue incision. Issue de quelques gouttes de pus.

L'exploration du fond de la plaie avec le doigt et la sonde cannelée conduit sur une *côte dénudée;* une *carie costale* est donc l'origine de ce petit abcès superficiel.

Le bistouri est alors enfoncé plus profondément dans la substance même du foie ; toujours pas de pus hépatique.

Drainage et pansement phéniqué.

Je pense que, dans quelques jours, le pus trouvera une issue par la brèche faite aux téguments si l'abcès du foie s'est reproduit.

Le 1[er] décembre, issue brusque d'une notable quantité de pus par la plaie, la suppuration ayant été presque nulle jusque-là.

Suppuration abondante pendant une dizaine de jours.

Le malade demande son *exeat* le 23 décembre, portant encore à la base de son hémithorax droit, un petit trajet fistuleux entretenu par l'ostéite costale.

Les fonctions digestives s'accomplissent bien. La nutrition est en

bénéfice ; la fièvre nulle. Les deux sommets pulmonaires restent suspects (1).

Obs. XCVII (2). — *Abcès (Cochinchine) ouvert dans le côlon transverse. Mort.* — Mauclair, Nicolas, 25 ans, caporal d'infanterie de marine. Séjour de 16 mois en Cochinchine, rapatrié par l'*Annamite*, entré à l'hôpital Saint-Mandrier, le 21 août 1881.

A été atteint de diarrhée en Cochinchine, puis a souffert du foie (juin 1881) et a été traité à l'hôpital de Saïgon.

Il y est resté un mois et en est sorti à peu près guéri.

A eu des accès de fièvre quotidiens pendant la traversée de retour.

Actuellement, point douloureux, au niveau de la région hépatique, sur la ligne axillaire. Faiblesse ; anémie et anorexie. Langue rouge.

8 septembre. — Douleurs hépatiques plus vives.

18 septembre. — Les douleurs persistent. Foie volumineux. Pas de voussure. Pas de diarrhée. T. : m. 38° ; s. 38°5.

19 septembre. — T. : m. 37°5; s. 38°6.

20 — T. : m. 37°3; s. 38°3.

22 — A eu, hier soir, une selle contenant du sang en assez grande quantité.

23 septembre. — *Selles de sang et de pus.* Souffre moins du côté du foie.

Mort le 21 octobre, à 2 h. 40 du soir.

Autopsie (17 heures après la mort). — Maigreur squelettique. Teinte cireuse de la peau. Rigidité cadavérique.

Le *foie* est le siège d'un vaste abcès qui occupe le lobe droit et pourrait admettre le poing. La poche contient peu de pus, car elle communique

(1) M. Gauran, dans sa thèse de doctorat (*Contrib. à l'étude de l'hépatite suppurée des pays chauds*, Bordeaux, 1886) a donné, de cette observation, une relation inexacte :

« Obs. I, résumée. — *Ostéite de la huitième côte ayant fait eroire à un abcès du foie* (Hôpital de Brest).

L..., Eugène, vingt-trois ans, ouvrier de l'arsenal, envoyé à l'hôpital pour fièvre, après avoir presenté quelques symptômes du côte du foie et un œdème s'étendant de la sixième côte jusqu'à la dernière : une ponction est pratiquée avec l'appareil Dieulafoy et on retire 400 gr. de pus.

Au point où a été faite la ponction, existe une tumeur fluctuante ; on pratique, à son sommet, une incision au fond de laquelle la sonde cannelée rencontre une côte dénudée.

L'incision n'a donné issue qu'à quelques gouttes de pus ayant la côte comme point de départ.

La plaie suppure pendant quelques jours et le malade sort, sur sa demande, non guéri ».

Les troubles fonctionnels présentés par le malade depuis son entrée à l'hôpital, les commémoratifs (dysenterie *nostras*), la nature du pus retiré par la ponction et sa quantité, la différence qui existe, sous ce double rapport, entre le pus de la ponction et celui de l'incision, me paraissent établir sur de solides presomptions qu'il s'agissait bien ici d'une *hépatite suppurée*. 400 gr. de pus *chocotat* retirés de l'hypochondre droit d'un homme qui présente, depuis deux mois, tous les signes rationnels d'un abcès du foie, n'ont pas pour origine, ce me semble, une cote cariée. La carie costale provenait de la suppuration hépatique.

(2) Inédite.

avec le *côlon transverse*. Les parois de cette poche sont granuleuses à l'intérieur, épaisses et dures, sauf en bas et en avant, où elles sont constituées par le côlon et la paroi thoraco-abdominale dont les différents plans sont infiltrés et verdâtres. La *vésicule biliaire* est très épaisse, de consistance cartilagineuse et contient un liquide filant, ambré, offrant l'aspect d'une compote d'abricots.

Intestin grêle ratatiné, présentant une invagination et offrant, par places, une teinte ecchymotique. *Epiploon* livide et d'une ténuité extrême. *Ganglions mésentériques* volumineux. L'autopsie n'a pas été poussée plus loin.

Obs. XCVIII (1). — *Abcès dysentérique nostras enkysté. Mort.* — Nicolas Antoine, matelot du *Richelieu*. — Entré à l'hôpital le 1er Août 1880. — Sorti le 15 Septembre 1880. — Rentré le 4 octobre. — Mort le 10 Novembre 1880.

Autopsie, trente heures après la mort.

Habitude extérieure. — Sujet peu amaigri. Faciès cachectique. Voussure très marquée au niveau de l'hypochondre droit.

Thorax. — *Poumon* droit refoulé et d'aspect rougeâtre. Quelques tubercules au sommet des deux poumons. *Ganglions bronchiques* caséeux. Le *péricarde* contient environ 100 gr. de sérosité. Gros caillot dans le *ventricule* gauche ; sang coagulé dans les *oreillettes* (le sujet a succombé après avoir présenté des convulsions agoniques.

Abdomen. — Le lobe droit du *foie* est fortement adhérent sur toute sa périphérie. La *vésicule biliaire* est distendue. L'incision de ce lobe, pratiquée sur un point saillant et ramolli, ouvre, à 1 centimètre de profondeur, un abcès arrondi, nettement délimité, à membrane pyogénique bien formée, contenant plus d'un litre de pus crémeux. Le reste de l'organe est sain.

Les *intestins* ne paraissent pas altérés.

Les *Reins* sont normaux.

L'examen s'est arrêté là.

Obs. XCIX (2). — *Abcès dysentérique* (*Cochinchine*) *ouvert dans les bronches. Mort.* — Vazeille, Joseph, distributeur, 28 ans, rapatrié de Cochinchine, par l'*Annamite*, entré à l'hôpital de St-Mandrier, le 11 décembre 1882.

Vient de faire un séjour de 16 mois en Cochinchine. Avait antérieurement servi, pendant 25 mois, dans cette colonie.

Deux ans ont séparé ces deux périodes. Atteint de dysenterie à la fin de son dernier séjour. Selles muqueuses et sanglantes. Ténesme. Douleurs vives et persistantes au niveau du côlon transverse. Peu de ballonnement.

12 décembre. — Rachialgie telle que le malade se condamne au décu-

(1) Inédite.

(2) Inédite.

bitus dorsal permanent. Douleurs articulaires. Depuis hier soir, environ deux litres de selles brouillées, panachées de rouge et de jaune. Coliques. Brûlures à l'anus, par intervalles ; pas de ténesme vésical.

13 décembre. — Se trouve mieux. 10 selles moins sanglantes et moins brouillées. Quelques plaques de muguet sur la langue. T. : m. 37°6 ; s. 37°5.

14 décembre. — 7 selles. T. : s. 38°5.

15 — 1 litre de matières un peu plus homogènes. T. : m. 37°9 ; s. 37°5.

16 décembre. — T. : m. 37° ; s. 37°5. 9 selles (1500 gr. environ) brouillées, sanglantes, d'odeur fétide. Soir : 4 selles dont 2 contenant exclusivement du sang noir.

17 décembre. — T. : m. 36°4 ; s. 37°6. Potion avec poudre d'ipéca, 2 gr.

18 décembre. — 15 selles toujours brouillées et sanglantes. Ipéca à la Brésilienne à 4 gr.

19 décembre. — 3 selles. T. : m. 36°7 ; s. 36°6. Ipéca n° 2.

20 décembre. — Epigastralgie. 6 selles blanchâtres, presque homogènes et dépourvues de sang. Peau sèche. Ipéca n° 3.

21 décembre. — 6 selles jaunâtres, un peu spumeuses. Pas de douleurs. Le muguet persiste. Ipéca n° 4.

22 décembre. — Amélioration marquée. 4 selles dans les vingt-quatre heures. T. : m. 36°7. Ipéca n° 5.

23 septembre. — 5 selles liquides un peu brouillées. Pas de douleurs abdominales. Disparition du muguet. T. : m. 36°4. Ipéca n° 6.

24 décembre. — 4 selles féculentes. T. : m. 36°8 ; Ipéca n° 7.

26 — 4 selles féculentes dont une presque moulée.

27 — 5 selles légèrement diarrhéiques. Cuisson à l'anus.

28 — 4 selles diarrhéiques.

29 — 4 selles diarrhéiques.

30 — Selles féculentes colorées, presque normales. A pu se lever hier soir sans trop de fatigue.

31 décembre. — 5 selles un peu brouillées.

2 janvier 1883. — Prolapsus du rectum, très douloureux au moment de la défécation.

3 janvier. — 6 selles épaisses, homogènes.

4 — Nombreuses selles liquides avec vomissements.

9 — Vomique qui a commencé hier soir, vers 8 heures, par une petite toux avec expectoration. A rendu environ 400 gr. d'un liquide couleur *chocolat au lait*. Eprouvait depuis quelque temps des douleurs à l'épaule droite, mais n'en avait jamais parlé. Gros râles muqueux au niveau de la région hépatique, se prolongeant jusqu'à la clavicule. Mêmes phénomènes à gauche.

10 janvier. — Environ 350 gr. de crachats café au lait. S'incline à droite pour expectorer plus facilement. Selles dysentériques nombreuses. Voussure du côté droit de la poitrine. La mensuration comparée donne les différences suivantes : côté droit, 42 cent. ; côté gauche, 38 c. On entend,

dans tout le côté droit, des frottements et des râles muqueux. Matité étendue des limites supérieures du foie jusqu'aux environs du pubis.

11 janvier. — T. : m. 36 ; s. 36°.

12 — Expectoration jus de pruneaux (environ 200 gr. de crachats). Deux selles presque moulées, depuis hier matin. Les frottements et les râles muqueux persistent. Interrogé sur ses antécédents, le malade déclare qu'il n'a marché qu'à 11 ans ; si on le découvre on voit que ses tibias sont encore incurvés en lames de sabre. La voussure de l'hémithorax droit semble dépendre, au moins en partie, d'une déviation de la colonne vertébrale rendue manifeste par une double courbure de la ligne des apophyses épineuses.

13 janvier. — T. : m. 36°; s. 36°2. Crachats rouillés.

14 — Mêmes caractères de l'expectoration. A la sensation d'un frottement, au côté droit, surtout quand il tousse.

15 janvier. — Crachats rouge brique *donnant la réaction de Pettenkofer.* Selles diarrhéiques.

16 janvier. — Expectoration abondante cette nuit. Nombreuses selles brouillées. Malaise.

18 janvier. — Douleur vive à l'épaule droite ainsi qu'à la partie latérale et postérieure de l'hémithorax correspondant. T. : m. 36°9 ; s. 37°1.

19 janvier. — Expectoration de 250 gr. de pus. Selles brouillées, panachées de rouge et de vert. Soir : dyspnée intense. Gémissements continuels. T. : m. 36°9 ; s. 37.

20 janvier. — Deux ponctions exploratrices, en deux régions hépatiques distinctes, l'une avec l'aiguille Dieulafoy, l'autre avec le trocart Potain, n'amènent qu'un peu de sang.

L'expectoration, qui semblait supprimée hier soir, a repris, très abondante, ce matin. T. : 36°9 ; s. 37°1.

21 janvier. – T. : m. 36°8; s. 38°5

22 — Crachats chocolat. Une selle spumeuse, abondante. Persistance de douleurs scapulaires très vives qu'on ne calme que par des injections de chlorhydrate de morphine. T. : m. 37° ; s. 38°6.

23 janvier. — T. : m. 36°7 ; s. 37°2

24 — Selles diarrhéiques, panachées. Expectoration rouillée. T. m. : 37° ; s. 37°1.

25 janvier. — T. : m. 37°. Pouls à 120.

26 — T. : m. 37°2 ; s. 37°6. Selles dysentériques.

27 — T. : m. 37°; s 37°3. Très affaissé. Le muguet a reparu.

29 — Nombreuses selles. Pouls à 110. Respirations 12. N'expectore plus.

Mort le 29 janvier, à 1 h. 45 du soir.

Obs. C (1). — *Hépatite suppurée (Cochinchine). Abcès vidé par les bronches. Mort.* — Burgmuller, 27 ans, matelot de l'*Atalante*, rapatrié de

(1) Inédite.

Saïgon, entré à l'hôpital de Saint-Mandrier, le 8 mars 1884, sous rubrique : *Abcès du foie et vomique consécutive.*

Douleur, gonflement et rougeur de la région hépatique. Crachats sanglants et purulents. Une vomique de sang et de pus s'est produite brusquement en janvier 1884. Etat cachectique prononcé.

14 avril. — Ponction exploratrice sans résultat.

28 — Expectoration purulente toujours abondante. 4 à 5 selles liquides ou molles. Pas de fièvre.

2 mai. — Diarrhée diminuée. Crachats moins sanglants.

5 — T. : s. 39°6.

10 — T. : s. 40°2.

2 juin. — T. : s. 40°1.

Mort le 30 juillet 1884, à 6 heures 30 du soir.

Autopsie le 1er août.

Habitude extérieure. — Maigreur. Abdomen distendu.

Abdomen. — Le foie, très volumineux, déborde les fausses côtes droites et empiète sur l'hypochondre gauche. Couleur normale. Consistance diminuée à la partie supérieure du lobe droit, accrue au niveau de sa partie moyenne. Une incision pratiquée sur la région dont la consistance est moindre, ouvre une vaste poche pleine de pus chocolat. Les parois de cette poche sont fongueuses ; le tissu avoisinant est induré, criant sous le scalpel et offrant une teinte grisâtre qui tranche sur la couleur du parenchyme hépatique non altéré. Des coupes dans plusieurs sens ne font pas découvrir d'autre foyer purulent.

Diaphragme. — Au niveau de l'abcès, le diaphragme adhère intimement à la face convexe du foie. Un trajet établi à travers ce muscle fait communiquer la poche purulente avec la cavité thoracique.

Thorax. — Il existe, à la base du poumon droit, un vaste foyer purulent en relation d'une part avec l'abcès du foie, d'autre part avec plusieurs grosses bronches, ainsi qu'il est facile de le démontrer avec le bistouri.

Pus dans la cavité pleurale.

Obs. CI (1). — *Abcès dysentérique (Tonkin) évacué par les bronches. Guérison apparente.* — Guizellou, Alfred, 2e maître de timonerie, 26 ans, entré à l'hôpital Saint-Mandrier le 29 novembre 1885.

Arrivé du Tonkin, où il a fait un séjour de 30 mois, à bord de la *Massue*. Porteur d'un certificat établissant qu'il a été atteint de dysenterie et d'une hépatite dont le pus s'est frayé une voie au dehors, par le poumon, au moyen d'une vomique de 2 à 300 gr. A présenté les symptômes d'une légère typhlite, pendant la traversée de retour.

Etat actuel satisfaisant.

Exeat, proposé pour un congé de convalescence, le 7 décembre 1885.

(1) Inédite.

Obs. CII (1). — *Abcès dysentérique (Tonkin) évacué par la voie broncho-pulmonaire. Guérison apparente.* — Bességuier, Joseph, soldat au 143° de ligne, entré à l'hôpital Saint-Mandrier le 19 février 1885.

Séjour de 11 mois au Tonkin. Rapatrié par le *Vinh-Long*. Atteint de dysenterie chronique et d'un abcès du foie qui, ouvert dans le poumon, le 27 janvier 1885, continue à se vider par cette voie.

20 février. — T. ; m. 37°5 ; s 38°.
21 — T. : m. 36°5 ; s. 38°2.
22 — T. : m. 37°5 ; s. 38°5.
23 — T. : m. 37°6 ; s. 38°3.
24 — T. : s. 38°5.
25 — T. : m. 37°7 ; s. 38°3.
26 — T. : m, 37°4 ; s. 37°1.
27 — T. : m. 37°2 ; s. 36°5.
28 — T. : m. 36° ; s. 38°9.

1er mars. — Amélioration notable. Douleur de côté disparue.

Diarrhée moins abondante, n'a plus de fièvre.

Exeat le 23, proposé pour un congé de convalescence.

Obs. CIII (2). — *Abcès dysentérique (Annam) vidé par les bronches. Mort.* — Laurain, Jules, artilleur de marine, entré à l'hôpital Saint-Mandrier, le 2 mars 1889. Rapatrié par le *Comorin*, après un séjour de 20 mois en Annam, au cours duquel il a été atteint de diarrhée suivie d'une hépatite dont l'abcès s'est vidé par les bronches, le 1er janvier 1889.

3 janvier. — T. : m. 36°9 ; s. 36°4. Cinq selles diarrhéiques. Crachats purulents très abondants.

4 janvier. — T. : m. 37°9 ; s. 38°.
5 — T. : m. 37°4 ; s. 38°6.
6 — T. : m. 37°6 ; s. 37°6.
7 — T. : m. 37°8 ; s. 38°.
8 — T. : m. 37°7 ; s. 38°.
9 — T. : m. 37°4 ; s. 38°4.
10 — T. : m. 36°8 ; s. 37°9.
11 — T. : m. 37°4 ; s. 37°6.
12 — T. : m. 36°4 ; s. 38°1.
13 — T. : m. 36°6 ; s. 37°8.
14 — T. : m. 36°8 ; s. 36°9.
15 — T. : m. 36°6 ; s. 37°.
16 — T. : m. 36°3 ; s. 37°4.
17 — T. : m. 36°6 ; s. 37°.
18 — T. : m. 37° ; s. 37°1.
19 — T. : m. 37°4 ; s. 37°4.
20 — T. : m. 36°6 ; s. 37°8.

(1) Inédite.
(2) Inédite.

21 janvier. — T. : m. 36°7 ; s. 36°9.
22 — T. : m. 37° ; s. 37°6.
23 — T. : m. 37°1 ; s. 37°8.
24 — T. : m. 36°8 ; s. 37°1.
25 — T. : m. 37° ; s. 37°.
26 — T. : m. 37°6 ; s. 37°4.
27 — T. : m. 37°8 ; s. 37°6.
28 — T. : m. 37°1 ; s. 37°6.
29 — T. : m. 37°2 ; s. 37°3.
30 — T. : m. 37°2 ; s. 37°4.
Mort le 17 mai 1889, à 6 heures 20 du soir.

Autopsie, 36 heures après la mort.

Habitude extérieure. — Sujet peu amaigri. Œdème des membres inférieurs.

Cavité thoracique. —*Poumon gauche* sain. Base du *poumon droit* creusée d'une cavité purulente communiquant avec le dehors, par l'intermédiaire d'une bronche de gros calibre.

Le *cœur* n'a, dans le ventricule gauche, aucun caillot. Quelques rares caillots de petit volume dans le ventricule droit.

Perforation du *diaphragme*.

Cavité abdominale. — Adhérences multiples du diaphragme avec le *foie*, dans lequel on trouve, accolée à la cavité pulmonaire, une excavation de la grosseur d'une mandarine, à parois très résistantes, jaunâtres et granuleuses, remplie de liquide purulent.

L'aspect général du foie est normal, sauf à l'endroit signalé où il présente une coloration grisâtre. Poids normal.

La cavité abdominale ainsi que la cavité thoracique, étaient, à leur ouverture, remplis d'un liquide jaunâtre très morbide.

Cet homme ayant rendu, avant de mourir, une notable quantité de sang, on recherche, mais en vain, la source de l'hémorrhagie : le mauvais état des organes au moment où l'on procède à leur examen, mauvais état résultant de la difficulté que l'on a eue à les retirer de la cavité thoracique et de la cavité abdominale, en raison des adhérences solides et multiples du poumon droit avec la plèvre, du foie avec le diaphragme, est la cause de cet échec.

Obs. CIV (1). — *Hépatite suppurée (Tonkin). Abcès vidé par les bronches. Guérison apparente.* — Le Galle, Jean, matelot, 24 ans, entré à l'hôpital Saint-Mandrier, le 2 mars 1889.

Rapatrié par le *Comorin*. 20 mois de séjour au Tonkin. Y aurait été atteint de fièvre intermittente quotidienne.

Souffre de l'hypochondre droit et crache du pus chocolat.

Foie volumineux et débordant les fausses côtes. Rien à la rate.

(1) Inédite.

3 mars. — T. : m. 36°8 ; s. 36°8.
4 — T. : m. 37°3 ; s. 38°1.
6 — T. : m. 37°4 ; s. 38°8.
7 — T. : m. 37°8 ; s. 37°9.
8 — T. : m. 36°9 ; s. 37°3.
9 — T. : m. 37°2 ; s 38°1.
10 — T. : m. 37°4 ; s. 38°5.
11 — T. : m. 36°9 ; s. 38°
12 — T. : m. 36°9 ; s. 37°7.
13 — T. : m. 38°2 ; s. 38°4.
14 — T. : m. 37°4 ; s. 38°2.
15 — T. : m. 36°8 ; s. 36°9.
16 — T. : m. 36°7 ; s. 37°4.
17 — T. : m. 36°8 ; s. 37°.

Exeat le 22 avril. — Proposé pour un congé de convalescence.

Obs. CV (1). — *Hépatite suppurée (Madagascar). Abcès ayant envahi le rein droit. Mort.* — Colineau, Jean, soldat d'infanterie de marine, 24 ans, entré à l'hôpital Saint-Mandrier le 24 avril 1890.

Revient de Madagascar où il est resté 5 mois, après un séjour de 3 mois à la Réunion. Pas de séjour colonial antérieur. A eu la fièvre pendant toute la durée de son service à Madagascar. A souffert de coliques (2) et éprouvé des douleurs au côté droit, vers le cinquième mois de son séjour.

Etat actuel : Maigreur ; teint cachectique ; peu d'appétit ; digestions passables. Souffre toujours du côté droit ; le foie dépasse, en haut et en bas, ses limites normales. Vibrations thoraciques, en arrière, mieux transmises à droite qu'à gauche. Ne tousse pas. Aucun signe physique de lésion cardiaque. Angine. Calomel 0,50 gr. en 2 paquets. Elixir parégorique 4 gr. en potion.

25 avril. — T. : m. 36°6 ; s. 37°6.
26 — T. : m. 37°3 ; s. 37°8. Muguet.
27 — T. : m. 37°6 ; s. 37°9. 3 selles.
28 — T. : m. 37°1 ; s. 38°6. 3 selles.
29 — T. : m. 36°5 ; s. 38°1. 2 selles.
30 — T. : m. 38° ; s. 38°2.
1er mai. — T. : m. 36°9 ; s. 37°6.
2 — T. : m. 37°1 ; s. 37°6.
3 — T. : m. 36°9 ; s. 38°4.
4 — T. : m. 36°8 ; s. 36°9.

Mort le 5 mai, à 5 h. du matin.

Autopsie. — Cavité abdominale : Péri-hépatite. Adhérences sous diaphragmatiques, particulièrement au niveau du lobe droit.

(1) Inédite.

(2) Pas d'autre indication commémorative quant aux fonctions intestinales. Or, on constate, à l'autopsie, de nombreux ulcères dysentériques.

Foie énorme, pesant 2350 gr. sans compter plus d'un litre de pus. Abcès volumineux ayant réduit le lobe droit à une mince coque. La paroi de l'abcès mesure 4 à 5 centimètres à la face supérieure et quelques centimètres seulement à la face concave.

Adhérences très fortes du foie avec le *rein droit*. A ce niveau, il y a, en quelque sorte, fusion des deux organes et l'abcès a réellement pour paroi inférieure la substance même du rein que baigne le pus et dont le tiers supérieur est ulcéré. Toutefois, le pus n'a pas pénétré dans le bassinet.

Le *gros intestin* porte de nombreux *ulcères dysentériques*.

Cavité thoracique. — *Péricardite* modérée ; une certaine quantité d'épanchement louche. Rien dans les *plèvres*. *Poumons* sains.

Obs. CVI (1). — *Abcès du foie ouvert dans l'estomac par trois perforations et dans le péricarde. Péricardite. Pleurésie.* — Anne Walker, 25 ans, fileuse ; habitudes régulières ; tempérament nerveux. Mardi soir, 13 courant, sans cause appréciable, prise d'une soudaine et violente douleur dans les deux côtés de l'abdomen, avec extension aux reins et au dos. Saignée immédiate : pas de soulagement bien marqué. Le mal continuant, nouvelle saignée le lendemain matin ; effets plus satisfaisants ; applications de linges chauds. Pendant toute la journée d'hier (14), la malade est restée dans un état d'horrible angoisse, continuant, sans résultat, cette application de linges. Elle est, maintenant, dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies, incapable de se retourner sur l'un ou l'autre côté, ou de bouger tant soit peu dans son lit, sans subir une insupportable exaspération de ses douleurs qu'elle décrit comme lancinantes, ressemblant quelquefois à celles que produirait la piqûre de nombreuses épingles, commençant à l'épigastre, descendant vers le pubis et s'étendant latéralement dans chaque hypochondre et la région lombaire.

Depuis le commencement de l'attaque, elle est privée de sommeil, tourmentée par une soif constante et un goût nauséeux, désagréable. Sa physionomie est anxieuse et désolée. Peau moite ; légères sueurs. Langue blanche et humide. Pouls à 128, petit, filiforme (Wiry). Respirations 54, sans qu'on puisse découvrir aucun signe morbide vers la poitrine. Battements du cœur rapides; bruits normaux. Abdomen tendu, dur, extrêmement sensible, la plus faible pression amenant du malaise. Pas de constipation. Quantité d'urine normale.

17 septembre. — Pendant la plus grande partie de la nuit, sueurs profuses ; douleurs abdominales généralement un peu moins aiguës, encore exaspérées cependant par le changement de position. La bouche est devenue plus tendre ; les gencives sont molles. Pouls à 104, assez plein et dépressible ; respirations 40 ; langue chargée et humide.

18 septembre. — Depuis une application de cataplasmes, les douleurs sont assez atténuées pour que l'extension des jambes puisse s'opérer sans surcroît de souffrance. La physionomie est moins anxieuse ; le malaise

(1) Graves. Dublin Journal of. med. sciences. Vol. XIV, 1839.

paraît moindre, sueurs profuses, pression abdominale toujours mal supportée. A l'hypochondre droit et à l'épigastre, tuméfaction notable, quelque peu acuminée, offrant, à la pression, un certain degré d'élasticité et *mate* à la percussion. La douleur produite par la pression est très-aiguë à ce niveau, tandis qu'ailleurs elle est relativement légère.

19 septembre. — La seule région de l'abdomen sensible à la pression est celle où la tuméfaction fut notée hier ; elle commence au-dessous du cartilage xyphoïde, s'étend d'environ deux pouces vers l'ombilic et occupe en largeur une zone de trois ou quatre pouces. La palpation donne, aujourd'hui, une sensation de *fluctuation*.

20 septembre. — Une violente purgation a commencée hier et s'est continuée pendant toute la nuit ; selles nombreuses (huit ou dix) liquides, de couleur foncée ; chacune d'elles accompagnée de coliques et de violents mouvements péristaltiques (?) (*Kneading*-to knead, pétrir). A éprouvé des frissons et des douleurs dans le dos ; respiration plus pénible et accélérée (44) ; pouls à 132, petit et dur ; langue humide. Aucun changement apparent n'est survenu dans l'état de l'abdomen.

24 septembre. — La purgation ne s'est pas reproduite depuis le 21 ; sueurs diminuées ; aspect général amélioré. La malade accuse surtout, maintenant, des douleurs dorsales, continues, tout le long de la colonne vertébrale.

La tumeur donne un *son tympanique* à la percussion ; la partie inférieure du côté gauche répond de même à ce mode d'exploration. *Impossible de percevoir la fluctuation constatée le 19* ; élasticité non modifiée. Pouls à 116, mou et plus fort. 30 respirations.

26 septembre. — Harcelée par le hoquet, toute la nuit ; peu de sommeil et sueurs profuses. Presque plus de douleur, sauf dans le dos et les lombes ; pas d'appétit mais soif très vive.

L tumeur paraît plus plate ; elle est indolore et toujours tympanique à la percussion. Pouls à 128, petit et mou, Respirations 32 ; rythme régulier. Tube de pompe stomacale à introduire par l'œsophage.

28 septembre. — Aucun échappement d'air après l'introduction du tube, pas de changement survenu soit dans le volume, soit dans la sonorité de la tumeur. Trois évacuations alvines depuis hier, accompagnées de coliques.

29 septembre. — La tumeur épigastrique est notablement réduite de volume; la percussion y développe, comme auparavant, une résonnance tympanique, mais celle-ci ne s'étend pas à l'hypochondre droit comme les jours précédents. La physionomie est meilleure, le moral moins déprimé ; la respiration continue à être libre ; le pouls est toujours rapide.

1er octobre. — La purgation a repris, avec coliques et nombreuses selles liquides. La tumeur abdominale est à peine perceptible et la percussion n'y donne lieu qu'à un très léger degré de sonorité. La face supérieure de la langue est extrêmement sensible ; on y voit deux ou trois excoriations dont la plus large a les dimensions d'un penny en argent ; les autres ressemblent à des fissures et sont séparées les unes des autres,

par des cloisons. Pouls à 116, mou et assez plein. Respirations 32.

2 octobre. — La purgation n'est pas arrêtée. La tumeur abdominale a complètement disparu ; la percussion ne donne maintenant aucun son tympanique. Les bords de la langue sont couverts d'aphtes ; les excoriations de la face dorsale restent les mêmes.

3 octobre. — Plus de six selles depuis hier. Forces très réduites ; facies pâle. Pouls à 112 ; soif vive ; langue sèche et moins excoriée.

6 octobre. — Bruits du cœur normaux. Rien d'anormal à la percussion et à l'auscultation des deux côtés du thorax. Abdomen excavé et indolore.

7 octobre. — Sept selles dans les vingt-quatre heures. Pouls à 120. Respirations 30.

9 octobre. — Hier, douleur aiguë à la région précordiale ; la nuit dernière, violentes palpitations avec sensation de brûlure à la base de l'hémithorax gauche. — Emaciation et faiblesse extrêmes ; joues creuses ; yeux enfoncés ; air abattu ; fonctions intellectuelles languissantes. Respiration accélérée, courte et pénible ; les veines jugulaires sont turgides ; dans le décubitus dorsal, mais non pulsatiles ; il en est de même de celles qui longent la trachée.

Percussion thoracique claire partout, sauf à la partie inférieure et moyenne du côté gauche. A ce niveau, l'intensité du murmure vésiculaire est diminuée ; partout ailleurs, la respiration est nette et puérile.

L'impulsion cardiaque est perceptible mais faible, à un demi-pouce environ du bord gauche du mamelon, les deux bruits sont confus et l'on perçoit un léger souffle qui augmente à mesure qu'on avance vers la droite. Au-dessous du mamelon il se transforme en un bruit de cuir ayant son maximum d'intensité vers le sternum. Une pression graduelle exagère ce signe physique qui, sous une pression forte, devient un gros frottement obscurcissant les deux bruits, le premier spécialement ; la suspension de la respiration le rend plus distinct.

Abdomen plus rétracté. Purgation arrêtée. Pouls à 130, petit et dépressible.

10 octobre. — Ces phénomènes d'auscultation sont perceptibles jusqu'au milieu du sternum, à la région cardiaque et latéralement ; leur caractère est le même en chacun de ces points. Le bruit en question tient le milieu entre le bruit de souffle et le bruit de scie ; il masque presque complètement le premier bruit cardiaque et accompagne le second qui conserve sa netteté. Immédiatement au-dessous du mamelon, on perçoit, avec les bruits du cœur, mais seulement par instants, une sorte de *tic-tac métallique* donnant l'idée d'un liquide qui tomberait goutte à goutte dans le péricarde ou alentour : il disparait quand on presse sur le cœur. Soif ardente.

11 octobre. — Les douleurs au côté gauche n'ont pas reparu. Sueurs nocturnes aussi abondantes que précédemment ; plusieurs frissons la nuit dernière, suivis de transpiration. Pouls faible à 136 ; respirations 44 ; pas de diarrhée.

Choc du cœur plus faible ; la main, appliquée sur la région précordiale, perçoit une sensation de frottement.

Le *bruit a pris, aujourd'hui, le caractère d'un craquement emphysémateux ; il est très fin et couvre les deux bruits du cœur* ; on le perçoit plus distinctement aux parties médianes et inférieures du sternum, mais on l'entend aussi à gauche du mamelon. Le *tic-tac métallique* rappelant le bruit d'un liquide qui tomberait goutte à goutte, *perçu hier, s'entend mieux et plus nettement, mais il est irrégulier dans sa fréquence.*

12 octobre. — Le tic-tac irrégulier qu'hier l'oreille ne saisissait que par intervalles est devenu un *gros tintement métallique perceptible à chaque systole cardiaque* sur tous les points où l'on entendait le craquement emphysémateux et les autres bruits. Il masque tous les signes d'auscultation précédemment notés, à l'exception d'un léger souffle sur la ligne mamelonnaire gauche. Le choc du cœur faiblit rapidement.

13 octobre. — Mort, la nuit dernière, à 10 heures.

Autopsie, douze heures après la mort.—Pas de matité évidente à la percussion, sur la partie antérieure du thorax ; son clair à la région précordiale. Le sternum enlevé, on trouve les deux poumons affaissés, notamment le poumon gauche que comprime un quart de liquide séro-purulent. De faibles adhérences rattachent les deux poumons au feuillet externe du péricarde et leurs lobes inférieurs à la face supérieure du diaphragme. Le péricarde paraît distendu et l'on peut y sentir une petite quantité de liquide.

Les parois abdominales incisées et écartées, on met à découvert un gros abcès situé dans le lobe gauche du foie. Il est sphérique, mesure environ 8 pouces de circonférence et se trouve limité en avant par la paroi abdominale et le cartilage xyphoïde. Sa paroi postérieure est formée par le reste du lobe gauche ; en haut, il est en contact immédiat avec le diaphragme ; le ligament falciforme le sépare du lobe droit. Son bord mince est recouvert par une portion de l'estomac ; près de l'orifice pylorique existe une perforation circulaire, à bords arrondis et unis, d'environ trois quarts de pouce de diamètre, communiquant directement avec l'abcès. L'estomac est en connexion intime avec la face inférieure du lobe gauche, par son bord concave ; près de son extrémité cardiaque, se voient deux autres ouvertures, l'une quelque peu ovalaire, d'environ un demi-pouce de diamètre, reliée à l'abcès par un canal pouvant admettre le bout du petit doigt et séparée de l'autre par une bande épaisse, évidemment une portion de l'estomac. Cette dernière perforation, la plus rapprochée de l'extrémité œsophagienne de l'estomac, est sans communication avec l'abcès. La surface de la poche purulente hépatique est irrégulière, parsemée de dépressions et de saillies ; sa couleur est d'un gris jaunâtre ; sa substance crémeuse, mollasse et réductible, par la pression, en un liquide puriforme. Incisé, il a au moins trois quarts de pouce de profondeur, mais ne présente pas la même épaisseur partout ; le tissu altéré qui en constitue le fond est intimement uni au tissu hépatique sain et ne peut être séparé.

Au point d'union du diaphragme et du péricarde, existe une perforation assez large pour admettre la partie moyenne de l'annulaire et ouvrant directement de l'abcès dans le péricarde ; ses bords sont ulcérés et inégaux. L'enveloppe fibro-séreuse du cœur contient environ deux onces d'un liquide jaunâtre mélangé de flocons de lymphe. Le sac péricardique a quatre fois son épaisseur normale, mais il paraît également dense de tous les côtés ; sa surface externe est fortement vascularisée ; sa face externe est, elle aussi, enflammée, parsemée de nombreuses taches rouges, ayant, sur quelques points, environ le volume d'une tête d'épingle, et, sur d'autres, formant des arborisations ; elle a perdu son aspect lisse normal, et paraît inégale, recouverte çà et là de petits dépôts de lymphe organisée et, presque partout, mais principalement vers l'origine des gros vaisseaux, de petits corps granuleux, demi-transparents, ressemblant à des grains de mil ou à l'éruption que l'on voit quelquefois dans le rhumatisme fébrile ; elle donne, au toucher, une sensation de sable ; mais, ces petits corps enlevés par le grattage, la couche séreuse du péricarde apparaît au-dessous.

Le cœur lui-même a une couleur rougeâtre et la membrane qui le double est, comme le sac péricardique, couverte de ces granulations, relativement confluentes vers les auricules et la base du cœur. Les auricules sont fixées par en bas, à la base du cœur, au moyen de forts et résistants dépôts de lymphe organisée.

Quelques tubercules disséminés dans le lobe supérieur des deux poumons. Pas d'adhérence entre le péritoine et les intestins ou entre les anses de ceux-ci.

Je dois à l'obligeance de mon distingué et zélé chef de clinique, M. Thomas Moore, la relation de la marche de ce singulier cas, à propos duquel les remarques suivantes me paraissent nécessaires :

1° Lorsque l'abcès se fut vidé dans l'estomac, la tumeur formée à l'épigastre ne s'affaissa pas du coup, mais, de mate qu'elle était à la percussion, devint tympanique et claire, l'air provenant de l'estomac y ayant pénétré tandis que le pus s'en échappait.

2° La tumeur, devenue tympanique, ressemblait si exactement à l'estomac distendu par des gaz, que nous fûmes conduit à introduire un tube dans l'estomac ; mais il ne s'en échappa point d'air.

3° Au bout de quelques jours, l'air étant, lui aussi, sorti du sac de l'abcès, toute trace de tumeur disparut sans que ce phénomène fût explicable.

4° La diarrhée était causée par le flux continu des matières fétides et irritantes passant, de l'abcès, dans le tube intestinal.

5° Aucun symptôme particulier, douleur ou trouble fonctionnel, ne révéla l'ulcération extensive de l'estomac.

6° L'inflammation s'étendit, par continuité de tissu, de l'abcès à la plèvre et au péricarde, tout d'abord.

7° Peu après le début de la péricardite ainsi formée, alors que ses isgnes physiques ordinaires étaient nettement perçus, un nouvel ensemble

de phénomènes physiques surgit, *datant du moment de la perforation du péricarde et de l'entrée de l'air dans son sac.....*

9° On pourra demander pourquoi je n'ai tenté aucune opération pour donner issue au contenu de la tumeur hépatique, dès que la fluctuation y est devenue manifeste ?

Ma réponse est que cette tumeur s'était formée si promptement et semblait tendre si rapidement vers la surface, que je crus préférable d'attendre un jour ou deux, afin d'augmenter les chances favorables de l'opération, ne pouvant jamais prévoir qu'en si peu de temps, ce contenu trouverait une issue par une autre voie.

Obs. CVII (1). — *Trois abcès hépatiques. Opérations. Guérison.* — (Seamen's Hospital. Greenwich). — Frédéric W..., 17 ans, marin, entré le 14 juillet 1885, se plaignant surtout de douleur au niveau de la partie inférieure de l'hémithorax droit. Toux. Atteint de dysenterie à Java, il y a quinze mois, la santé avait été parfaite jusque-là. Rétabli au bout de trois mois. Le début de sa maladie actuelle remonte à neuf mois. Il l'attribue à ce qu'il a été mouillé et a gardé quelque temps ses vêtements imprégnés d'eau. Peu après, il a ressenti des douleurs à la base de l'hémithorax droit et a été pris d'une toux sèche avec frissons et sueurs de temps en temps. Ces sueurs étaient plus abondantes la nuit. Les symptômes en question persistant et devenant de plus en plus intenses, il s'est présenté à l'hôpital.

A l'entrée, peu amaigri quoiqu'anémique. Douleur et hypéresthésie au niveau de la partie inférieure du côté droit de la poitrine, avec irradiations vers le dos ; toux sèche, fatigante. Langue sèche ; anorexie ; constipation ; sensibilité à la pression, au niveau du foie, qui est légèrement augmenté de volume et dont le bord inférieur est à peine accessible au toucher, au-dessous du rebord costal. Matité à la base du poumon droit. Quelques craquements secs et bruits de frottement. Légère diminution des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire au niveau des mêmes points. T. : 103° F. — Pouls à 104.

27 juillet. — Etat du malade sensiblement stationnaire jusqu'à cette date ; la température s'élevant le soir à 101° ou 102° avec légers frissons et sueurs, retombant le matin à 98° ou 99°. Même situation quant aux phénomènes thoraciques.

Ponction exploratrice dans le huitième espace intercostal, l'aiguille introduite à au moins deux pouces de profondeur, dans le foie ; issue d'un peu de pus.

29 juillet. — Après anesthésie, incision d'environ deux pouces de long, dans le huitième espace, parallèlement aux côtes, pénétrant profondément dans le foie ; introduction d'une pince à pansement ; large évacuation de pus (une demi-pinte environ). Pas d'adhérences au niveau du point où l'incision a été pratiquée : le doigt, introduit par la plaie, commu-

(1) The Lancet, 1886, vol. I, p. 16. Malade traité par le Dr Curnow et Jh. Smith. Notes de M. Booth, médecin résident à l'hôpital.

nique librement avec la cavité péritonéale. Drain. Antisepsie rigoureuse.

L'opération est suivie d'une rapide amélioration. Appétit revenu; température et pouls à l'état normal. Le drain est enlevé, le trajet fermé. Le malade est presque convalescent.

20 août. — Depuis ces deux ou trois derniers jours, il a éprouvé du malaise et perdu l'appétit. Il y a eu des frissons et des sueurs nocturnes. Température vespérale : 100°.

25 août. — Ces symptômes continuent. T. m. 99°; s. 102°. On soupçonne que du pus s'est reformé dans l'ancien foyer. Après anesthésie, incision profonde, à son niveau. Issue d'une petite quantité de sérum sanguinolent. Par l'introduction du doigt, on constate que la cavité de l'abcès est réduite au volume d'une noix. Du pus existe-t-il en une autre région du foie ? Ponction exploratrice dans le 10e espace, en arrière, à un pouce en dehors de l'épine : issue de pus. Incision longue d'environ deux pouces. Il faut, cette fois encore, pénétrer profondément pour obtenir le pus ; on en retire environ une demi-pinte. Un doigt dans la cavité et un autre doigt dans l'ancien foyer montrent que les deux abcès sont distincts ; les deux doigts ne pouvant se rejoindre. Drain et antisepsie. Comme lors de la première intervention, le doigt introduit par la plaie communique librement avec la cavité péritonéale.

L'état du malade s'améliore rapidement; il est presque convalescent, lorsque, le 10 septembre, il recommence à se sentir fatigué, accusant des frissons et des sueurs.

La température qui s'est maintenue au degré normal matin et soir, depuis la dernière opération, atteint maintenant 102° la nuit. Après anesthésie, incision du trajet qui conduit au deuxième abcès : issue d'une petite quantité de sang et de pus.

19 septembre. — Pas de mieux. Température vespérale à 104°. Le malade est très amaigri ; il est incapable de garder ses aliments, depuis trois ou quatre jours ; il a une forte diarrhée. Un examen attentif fait reconnaître une petite saillie, très en haut sur la ligne (axillaire ?) au niveau des 4me et 5me espaces intercostaux. Exploration : issue de pus. Après anesthésie large incision de ce troisième abcès : évacuation d'une pinte de pus. Le doigt, introduit par la plaie, permet d'établir que cet abcès occupe la région supérieure du foie ; entre l'abcès et le diaphragme, il n'y a plus qu'une couche de tissu hépatique mince et flasque au toucher.

Traitement consécutif identique à celui qui a suivi les deux premières opérations. Drain enlevé le 13 octobre. La santé du sujet s'est améliorée à vue d'œil, depuis la dernière intervention; l'appétit est revenu ; la diarrhée a cessé et le poids a augmenté. Exeat le 20 novembre.

Réflexions du Dr Carnow. — Cette observation : 1° établit que, dans tous les cas où l'on soupçonne l'existence d'un abcès hépatique, on doit explorer le foie dans plusieurs directions, sans attendre la

fluctuation, la saillie des côtes ou l'œdème local ; sans quoi, il se peut qu'un abcès existe et ne soit pas découvert ; 2° montre les avantages du traitement par large incision, avec les précautions de la plus stricte antisepsie, sur la simple aspiration ou l'évacuation partielle ; 3° fait voir qu'il n'est pas nécessaire d'attendre les adhérences, pour opérer, la difficulté étant plutôt de trouver l'abcès que de le traiter, d'après la méthode de Lister, lorsque son existence a été reconnue. — Cette observation est encore remarquable par la formation successive de trois abcès distincts. Elle rend très vraisemblable leur formation par absorption intestinale ; car le malade avait, auparavant, souffert de dysenterie, et ce mode étiologique a été notre observation invariable au Seamen's-Hospital.

Obs. CVIII (1).— *Hépatite dysentérique (Sénégal).— Trois abcès opérés.— Un vidé par les bronches.* — M. A..., médecin de 2e classe de la marine, a, comme aide-médecin, effectué deux voyages : l'un en Nouvelle-Calédonie (1879), l'autre en Cochinchine (1880) : à la suite de cette seconde campagne, il eut quelques accès de fièvre très-légers.

Promu au grade de médecin de 2e classe, en novembre 1881, il fut appelé à servir, en qualité d'aide-major, à la portion secondaire du 1er régiment d'infanterie de marine au Sénégal, où il resta deux ans (janvier 1882 - janvier 1884). Après un mois de résidence au chef-lieu, il fut désigné pour faire partie d'une colonne expéditionnaire qui opéra pendant trois mois dans la Mellacorée (Rivières du Sud). C'est là qu'il fut atteint, pour la première fois, d'une dysenterie assez grave, qui disparut à sa rentrée à St-Louis. Envoyé, au mois de juin, au cap de Bop-Diara, il y subit une atteinte de fièvre bilieuse. Au mois de février suivant, il accompagna, sans être malade, une seconde colonne dans le Cayor (février à mai 1883). Enfin, au mois de novembre 1883, il était affecté à une troisième colonne qui devait opérer dans le Fouta. Cette campagne fut très pénible et s'accomplit dans des conditions d'hygiène déplorables. Après 15 jours de marche, 150 hommes sur 250 étaient atteints de dysenterie. Au bout de trois semaines, M. A... fut pris d'une fièvre bilieuse très grave suivie de dysenterie, qui nécessita son renvoi de la colonne et son admision à l'hôpital de St-Louis, où il resta jusqu'à l'époque de sa rentrée en France (30 novembre 1883 - 1er janvier 1884).

Rapatrié, il obtint : à Cherbourg, un congé de convalescence ; à Paris, une prolongation de deux mois, pour *anémie et dysenterie.* Pendant ces deux mois, passés à Nancy, il fut obligé d'entrer à l'hôpital militaire de cette ville, où il fit un séjour de trois mois pour *hépatite aiguë et dysenterie* chronique. Ayant rallié Toulon, aussitôt après, il dut, dès son arrivée, se faire admettre à l'hôpital St-Mandrier, atteint de nouveau *d'hépatite aiguë.* Congé de convalescence de trois mois. Entrée à l'hôpital principal

(1) Inédite. — Rédigée par le malade.

de Toulon, pour *hépatite et dysenterie chroniques*. Autre congé de convalescence de trois mois. Prolongation d'un mois obtenue à Paris. Entrée à l'hôpital militaire de Nancy. En non-activité pour infirmités temporaires (juin 1885).

Pendant cette période de non-activité, c'est-à-dire pendant trois ans, M. A... fit de nombreux séjours à l'hôpital militaire de Nancy, d'où il fut envoyé, en 1887, à l'hôpital thermal de Plombières, et, en 1888, à l'hôpital de Vichy.

A Vichy, après trois bains et neuf douches, il fut obligé de cesser tout traitement, à la suite d'accès de fièvre très violents, de vomissements bilieux, dyspnée continuelle et d'une sensation de pesanteur dans l'hypochondre *gauche*, la marche était devenue presque impossible. Sueurs nocturnes très abondantes. Pas d'ictère.

Renvoyé à Nancy avant la fin de son traitement, il se présentait le 28 août devant un conseil d'enquête, sa période de non-activité touchant à son terme, et attendait un ordre de départ pour Toulon, lorsque, le 10 septembre, il fut pris de frissons violents et répétés, de fièvre (39°), de douleurs très vives aux deux épaules et de dyspnée. Entrée à l'hôpital militaire de Nancy, le 13 septembre.

Augmentation énorme du volume du foie qui déborde les fausses côtes d'environ quatre travers de doigt et remonte, dans la cage thoracique, jusqu'au quatrième espace.

Le 8 octobre, on constate, dans le septième espace, à *gauche* du sternum, un point fluctuant qui est largement ouvert aussitôt et donne issue à environ un litre et demi de pus chocolat. Un gros drain placé à demeure permet de faire des lavages à l'acide borique. La fièvre tombe (T = 37°) et l'appétit revient un peu. Huit jours après, la suppuration diminue et le pus se décolore. Les drains sont changés ; la cicatrisation marche assez rapidement.

Le 20 octobre, la température remonte un peu. Il y a de l'œdème à droite du sternum. Le lendemain une incision pratiquée à ce niveau donne issue à du pus, mais en quantité moindre que la première fois.

Drainage et lavage.

La fièvre persiste : à la suite de deux ponctions qui ne donnent aucun résultat, on constate une nouvelle voussure, beaucoup plus volumineuse que les précédentes, au niveau du dernier espace intercostal droit, en avant de la ligne axillaire. Une large incision évacue une grande quantité de pus chocolat.

Le 7 novembre, la température monte de nouveau : le matin à 38°, le soir à 38°5. Elle est le 8 au matin à 38°, le soir à 37°5. Dans la journée du 8, en descendant de son lit pour se mettre sur la chaise, M. A... sent tout à coup son pansement, qui venait d'être renouvelé, complètement inondé de pus : environ quatre cuillerées de pus brun s'étaient écoulées par la première incision à gauche du sternum : l'écoulement s'est immédiatement arrêté.

La cicatrisation marche lentement, surtout au niveau du troisième abcès vers la ligne axillaire : la suppuration donne lieu, sur ce dernier point, à de nombreux trajet sfistuleux sous-cutanés qui, tous, sont drainés. La suppuration devient très abondante ; la température reste élevée ; l'état général est mauvais.

Le 22 novembre, ces trajets sont ouverts au bistouri et cautérisés au thermocautère. On traite de même une fistule qui persistait au niveau de la première incision, à gauche du sternum.

A partir de ce moment, la température baisse. Le 23, elle est à 37° le matin, à 37°2 le soir. La suppuration diminue et l'appétit revient peu à peu. La cicatrisation ne se fait qu'à la fin de janvier 1889. M. A..., remis en non activité par décision du 23 février, peut enfin quitter l'hôpital dans un état de santé relativement satisfaisant.

Depuis cette époque, pendant trois ans passés à Nancy, M. A... a eu de nombreuses rechutes de dysenterie et de congestion hépatique. Malgré une hygiène très sévère, la dysenterie reparaissait insensiblement par périodes espacées de 15 jours à 2 mois et chaque attaque se terminait presque toujours par une poussée congestive du côté du foie, avec frissons et fièvre. La cessation de la dysenterie suivait presque immédiatement l'apparition des signes de la congestion hépatique et le malade continuait à éprouver de la dyspnée, de la pesanteur à droite, une gêne douloureuse dans l'épaule et le bras correspondants.

Envoyé à Vichy en juillet 1891, M. A... fut encore une fois forcé de cesser prématurément le traitement thermal. Le 20 décembre de la même année, il fut pris de frissons qui se prolongèrent pendant deux jours et de douleurs dans tout le côté droit. La température était, le matin, à 38° ; le soir, elle atteignait 39°5. Six jours après point douloureux à la base de l'hémithorax droit ; toux sèche très violente. Matité très prononcée et abolition complète du murmure vésiculaire à ce niveau. A la suite d'une quinte de toux, le malade rendit un seul crachat contenant de nombreux filets de sang ; puis l'expectoration devint plus abondante, avec crachats noirs et très fétides. Cet état dura environ un mois, après lequel l'expectoration spéciale disparut.

Le 29 février 1892, M. A... recevait l'ordre de se présenter, à Toulon, devant un conseil d'enquête, et entrait, le 5 mars, à l'hôpital, pour y être observé.

Il a quitté la marine, titulaire d'une pension de retraite.

Obs. CIX (1). — *Abcès dysentérique ouvert par incision abdominale. Mort.* — M. Petit-Jean, R..., capitaine d'infanterie de marine, entré à Saint-Mandrier, le 13 août 1885.

Revient du Tonkin, où il a été atteint, à plusieurs reprises, de dysenterie et d'accès de fièvre. Renvoyé en France pour cachexie paludéenne avec hypertrophie du foie et de la rate.

(1) Bertrand. — Relevé statistique.

Amaigrissement, dyspepsie intense ; douleurs abdominales ; insomnie. 2 litres de lait ; bouillon ; jus de viande ; œufs ; quart de vin de Bordeaux ; 4 bols avec extrait de quinquina, 2 grammes ; sulfate de quinine, 0 gr. 20 ; extrait de noix vomique, 0 gr. 05.

19 août. — Régime à volonté. Accès de fièvre le soir. T. : 39°6.

24 août. — T. du soir : 39°2.

5 septembre. — Vomissements. Coliques. Pas de selle.

7 septembre. — Ponction exploratrice, au niveau du rebord des fausses côtes droites, avec l'aspirateur Dieulafoy : issue de pus rougeâtre. On débride au bistouri ; on passe un drain et on lave avec de l'eau phéniquée au 25 p. 1000. Pansement de Lister.

8 septembre. — Soulagement marqué. A passé une bonne nuit. Pansement de Lister deux fois par jour, écoulement d'une assez grande quantité de pus chocolat.

10 septembre. — Nuit agitée ; à sept heures du soir, vomissements alimentaires avec sang et pus.

11 septembre. — Pas de sommeil cette nuit. Vomissements muqueux le matin ; à midi, vomissements de matières chocolat. Mort à 8 h. 30 du soir.

Pas d'autopsie.

Obs. CX (1). — *Abcès ouvert par la voie intercostale. Résorption. Mort.* — Tirlot, Louis, soldat au 2e bataillon d'Afrique, 24 ans, entré à l'hôpital de Saint-Mandrier, le 15 janvier 1885, salle 3.

Rapatrié du Tonkin, il y a deux mois ; arrive de Porquerolles, où il avait été envoyé, en congé de convalescence, pour dysenterie chronique et impaludisme.

Selles séro-muqueuses fréquentes ; foie volumineux ; accès fébriles irréguliers.

Deux litres de lait avec eau de chaux, 100 grammes. Ipéca à la brésilienne à 6 grammes, n° 1.

6 février. — Douleurs aiguës dans la région hépatique. Foie volumineux. T. 4 heures du soir : 39°2. Application d'un vésicatoire.

A partir de ce jour, fièvre vespérale jusqu'au 24 février. Selles liquides panachées ; (œufs brouillés le 21 ; recrudescence très marquée des douleurs hépatiques le 22).

27 février. — Œdème de la paroi thoraco-abdominale. Il y a évidemment abcès du foie.

Ponction avec l'aspirateur Potain, dans le dernier espace intercostal ; issue de pus chocolat ; incision ; sortie de 1500 grammes de pus. Lavage phéniqué (5 pour 100) ; drainage et pansement de Lister.

1er mars. — T. matin : 36°8 ; soir : 38°6. Lait ; œufs ; jus de viande ; bière. Potion : sous-nitrate de bismuth 10 grammes et laudanum 1 gramme. Deux cuillerées de peptone.

3 mars. — Suppuration moins abondante. Sel de Seignette, 8 grammes.

(1) Bertrand. — Relevé statistique.

4 mars. — Cinq selles liquides dans les 24 heures. Lavage phéniqué à pour 100.

6 mars. — Douleurs vives à 4 centimètres au-dessus de la plaie.

8 — Sommeil cette nuit. Cinq selles liquides dans les vingt-quatre heures. La douleur au côté a disparu.

12 mars. — Pus moins abondant toujours fétide. On continue les lavages; suppression de la sonde. Sept selles liquides.

Accès de fièvre, *le 1er avril au soir. T.* : 38°8.

Température normale, le 2.

1er mai. — Fétidité extrême du pus ; signes d'adynamie et de résorption.

4 mai. — Le malade est arrivé au dernier degré de marasme. Il est découragé et ne s'alimente plus.

Mort le 8 mai, à 4 heures du matin.

Pas d'autopsie.

Obs. CXI (1). — *Abcès dysentérique. Incision. Mort. Deux abcès dans le foie.* — Gravelle, Charles, soldat d'infanterie de marine, rapatrié du Tonkin par le *Bien-Hoa*, entré à l'hôpital de Saint-Mandrier, salle 11, service de M. le médecin principal Jacquemin, le 21 juin 1889.

Dysenterie déjà ancienne. Douleur à l'épigastre et à l'hypochondre droit depuis le 2 juin. Marasme; sueurs profuses. Langue saburrale.

Accès de fièvre le 23. T. matin : 38° ; soir : 39°8.

Température normale le 23.

24 juin. — Ponction exploratrice : pus ; incision. Lavages à l'eau boriquée et drainage. T. matin : 36° ; soir : 37°5.

25 juin. — L'écoulement du pus se fait facilement. Le malade se sent soulagé. T. matin : 37°6 ; soir : 37°5. La dysenterie persiste.

Régime à volonté. Tisane albumineuse.

Une demi-bouteille de bière.

20 juin. — Suppuration peu abondante; pus sans odeur. Pas de douleurs abdominales. Mais la faiblesse du malade augmente. Muguet. T. matin : 30°5 ; *soir* : 38°. Potion : poudre de diascordium, 6 grammes et poudre de Colombo, 1 gramme. Les lavages boriqués sont remplacés par des lavages au sublimé (1 pour 3000). Collutoire : borax, 4 grammes, et miel rosat, 30 grammes.

29 juin. — T. matin : 37°8 ; *soir* : 39°5.

2 juillet. — T. matin : 36°7 ; *soir* : 39°7.

Mort à 9 h. 30 du matin.

Autopsie. — Pas de liquide péritonéal. Fortes adhérences du foie et du diaphragme. Deux abcès dans le lobe droit : l'un antérieur, en communication avec l'ouverture chirurgicale ; l'autre postérieur, clos de toute part, du volume d'une mandarine, renfermant du pus crémeux, blanchâtre grumeleux. Une épaisseur de tissu d'environ 3 millimètres sépare les deux cavités.

(1) Bertrand. — Relevé statistique.

Au niveau du premier abcès, le diaphragme est aminci et ulcéré ; le pus tendait évidemment vers la plèvre et le poumon.

Poids du foie : 2050 grammes. Tissu jaunâtre.

Nombreuses ulcérations dans tout le gros intestin.

Un peu de sérosité dans le péricarde. Caillot fibrineux dans le cœur droit.

Obs. CXII (1). — *Abcès dysentérique (Tonkin) ouvert dans l'intestin. Guérison.* — M. B..., médecin-major, 39 ans, rentre du Tonkin, au mois de novembre 1887, atteint de dysenterie ancienne et d'abcès du foie ouvert dans l'intestin. Il raconte que cette évacuation s'est produite, au milieu d'une crise de douleurs vives, lancinantes à la région hépatique. Il eut, alors, des selles abondantes, contenant du pus caractéristique ; *l'une d'elles contenait même un fragment assez volumineux de substance hépatique.*

A son arrivée à Saint-Mandrier, l'hypochondre est encore douloureux à la pression; le foie déborde les fausses côtes, quoique son volume ait diminué; la matité remonte jusqu'à 3 cent. au-dessous du mamelon. Douleur spontanée au niveau du rebord costal droit. Trois selles par jour, contenant parfois encore du pus.

Etat général très mauvais. Cachexie extrême. Œdème généralisé ; paraplégie datant de deux mois.

Le traitement consiste particulièrement dans la diététique; l'électrisation et enfin, plus tard, la gymnastique en chambre.

Après 4 mois, la nutrition est améliorée ; le malade est parvenu à marcher et part en congé de convalescence de cinq mois. Nous savons qu'il a depuis complètement guéri.

Obs. CXIII (2). — *Hépatite dysentérique (Obock). — Abcès multiples. — Ponctions exploratrices. — Incision ultérieure; lavages antiseptiques e drainage. — Mort.* — Cadiou, matelot, rapatrié d'Obock, où il a fait un séjour de 20 mois et a été atteint de dysenterie. Entré à Saint-Mandrier le 9 mars 1889.

9 mars. — T. : s. 39°. Selles non sanguinolentes.

10 — T. : m. 38°3 ; s. 38°8. Souffre du foie, depuis le 20 février dernier. Foie volumineux et résistant, recouvrant l'estomac. Ponction exploratrice qui n'a donné issue qu'à une petite quantité de sang. 2 litres de lait. Potion : sulfate de soude, 15 gr. ; laudanum, 20 gouttes.

11 mars. — T. : m. 38° ; s. 39°.

12 — T. : m. 38°8 ; s. 38°8.

13 — T. : m. 38°8 ; s. 38°9.

14 — T. : m. 37°8 ; s. 38°7. Ponction exploratrice : 250 à 300 gr. de pus *café au lait*, avec grumeaux verdâtres.

(1) Inédite.

(2) Inédite.

15 mars. — T. : m. 38° ; s. 38°7.
16 — T. : m. 38°2 ; s. 39°2.
17 — T. : m. 38°6 ; s. 39°.
18 — T. : m. 38°4 ; s. 38°5.
19 — T. : m. 38°2 ; s. 38°4.
20 — T. : m. 38°4 ; s. 38°8. Ponction exploratrice dans le 6me espace intercostal : environ 150 gr. de pus.

21 mars. — T. : m. 38°3 ; s. 39°3. Manne 15 gr. dans 150 gr. de petit lait ; 2 litres de lait ; œufs.

22 mars. — T. : m. 37°5 ; s. 38°1.
23 — T. : m. 37°7 ; s. 38°7.
24 — T. : m. 38°1 ; s. 38°8.
25 — T. : m. 38°4 ; s. 39°1.
26 — T. : m. 38° ; s. 38°7.
27 — T. : m. 38°3 ; s. 39°2.
28 — T. : m. 38°3 ; s. 38°8.
29 — T. : m. 38°2 ; s. 39°1.
30 — T. : m. 39° ; s. 40°2.
31 — T. : m. 38°6 ; s. 38°2.
1er avril. — T. : m. 38°4 ; s. 39°2.
2 — T. : m. 38°8 ; s. 39°1.
3 — T. : m. 38°3 ; s. 39°8.
4 — T. : m. 38°3 ; s. 39°4.
5 — T. : m. 38°1 ; s. 39°.
6 — T. : m. 37°6 ; s. 39°.
7 — T. : m. 37°9 ; s. 38°6.
8 — T. : m. 37°8 ; s. 38°8. Incision. Issue de 15 à 1600 gr. de pus ; les premières portions liquides, les dernières granuleuses. On place deux drains de fort calibre et on fait un lavage avec deux litres de solution boriquée.

9 avril. — Grande amélioration, T. : m. 36°9 ; s. 37°6. Toutefois, la dysenterie persiste.

10 avril. — T. : m. 37°7 ; s. 38°. Ipéca à la Brésilienne.
11 — T. : m. 37°1 ; s. 38°. Ipéca n° 2.
12 — T. : m. 37°3 ; s. 37°4. Ipéca n° 3.
13 — T. : m. 37°5 ; s. 37°4. Ipéca n° 4.

Mort le 18 avril.

Obs. CXIV (1).— *Abcès dysentérique (Cochinchine) vidé par les bronches. — Evacuation insuffisante. — Opération par ouverture large et antiseptique. — Hémorrhagie broncho-pulmonaire. — Mort.* — Robert, rapatrié de Cochinchine, où il a été atteint d'une dysenterie suivie d'un abcès du foie vidé par les bronches. Entré à l'hôpital Saint-Mandrier, le 20 juin 1890.

(1) Inédite.

Présente tous les signes d'une évacuation insuffisante : volume et sensibilité du foie ; amaigrissement ; dyspepsie ; fièvre hectique.

On pratique l'opération dite de Little, entre la 7[me] et la 8[me] côtes, sur la ligne axillaire, après ponction au Potain. Le pus est rencontré à 3 cent. de profondeur. Il est d'abord jaunâtre, presque séreux, puis mélangé de sang et d'air, au moment des quintes de toux (3 litres environ). On place un gros drain ; lavage à l'eau boriquée.

La température tombe de 39° à 37°. Amélioration temporaire. Moins de toux ; écoulement séro-sanguinolent, sans odeur.

22 juin. — La fièvre reprend comme auparavant : T. : m. 37°5 ; s. 39°.

Les jours suivants, le thermomètre atteint 40°. La dysenterie continue.

30 juin. — Hémorrhagie brusque et très abondante, par la bouche et par la plaie. Syncope. Mort.

Autopsie. — *Poumon* gauche farci de tubercules. Poumon droit, très adhérent sur la ligne axillaire. Lobe inférieur presque détruit par un abcès caséeux, dans lequel on trouve deux caillots gros comme des œufs de dinde.

Les drains, placés dans la plaie opératoire, pénètrent tous deux dans cette poche sus-diaphragmatique.

Le *diaphragme* est épaissi, adhérent au foie, et présente une perte de substance de 6 cent. sur 8, en communication avec un abcès hépatique de petite dimension, siégeant sur la face convexe. *Foie* scléreux, pesant 1970 gr.

Cœur sain. *Péricarde* adhérent à la plèvre droite et au diaphragme. La *Rate* pèse 270 gr.

Obs. CXV (1). — *Hépatite dysentérique* (*Tonkin*). — *Abcès multiples. — Un abcès cicatrisé, ayant communiqué avec le côlon transverse. — Un abcès en évolution, incisé ; cavité anfractueuse, avec diverticule supérieur dont le pus, mal évacué par l'ouverture chirurgicale, tendait vers l'extérieur, à travers la paroi thoracique.* — Griffaut, 26 ans, artilleur de la guerre, entré à l'hôpital Saint-Mandrier le 28 juillet 1887.

Rapatrié par le *Colombo*. Traité, au Tonkin, pour pleurésie droite et abcès du foie. A bord, le 2 juillet, incision d'un abcès du foie, au bistouri, suivie de l'évacuation d'un deuxième abcès, par l'ouverture chirurgicale du premier.

Anémié et amaigri. Voussure à la base de l'hémithorax droit. Ouverture de l'abcès au-dessus de la 7[me] côte ; un drain plongeur y pénètre de 6 centimètres. Issue difficile de pus chocolat, à odeur forte. Région hépatique douloureuse. Constipation ; appétit. Plaie de position au coccyx.

29 juillet. — T. : s. 39°. Régime à volonté. Une demi-bouteille de bière. Pansement antiseptique.

30 juillet. — T. : m. 37°8 ; s. 39°. Eau de Vichy artificielle. Rhubarbe 0 gr. 20 et poudre de noix vomique 0 gr. 02 en un paquet.

(1) Inédite.

31 juillet. — T. : m. 37°9 ; s. 39°6.

1er août. — T. : m. 37°9 ; s. 39°6.

2 — T. : m. 38° ; s. 39°1. Accuse de vives douleurs à l'épaule droite. La plaie a un aspect blafard.

3 août. — T. : m. 38°2 ; s. 39°.

4 — T. : m. 38°4 ; s. 37°6. Lavages au siphon de Potain. Ecoulement d'une grande quantité de pus. Douleurs vives à la région hépatique et à l'épaule droite. Pansement antiseptique.

5 août. — T. : m. 37°8 ; s. 37°7. Environ 15 selles spumeuses, non sanguinolentes, dans la journée d'hier. Les douleurs à l'épaule droite ont été plus vives, et le malade a éprouvé une sensation très marquée de plénitude et de tension à l'hypochondre droit, sensation qui disparaît, après un abondant écoulement de pus opéré ce matin par l'introduction des drains à une profondeur de 10 centimètres et un grand lavage antiseptique. Potion : élixir parégorique 2 gr. ; sp. d'éther 15 gr.

6 août. — Diarrhée toujours abondante. L'examen microscopique des selles montre des globules de pus et de *grosses cellules hépatiques*. Matières de couleur brune. T. : m. 36°7 ; s. 37°7.

7 août. — T. : m. 36° ; s. 37°3. Lavages et pansement antiseptiques quotidiens.

8 août. — T. : m. 37° ; s. 37°3. Depuis deux jours, la quantité de putrilage, issue de la plaie, est beaucoup moindre. Pus grumeleux, sans couleur lie de vin, ni odeur putride.

9 août. — T. : m. 37° ; s. 37°7. Pus mieux lié, moins grumeleux. Moins de diarrhée ; coliques moins vives.

10 août. — T. : m. 36°6 ; s. 38°2. Grumeaux du pus de moins en moins abondants, à peine cruoriques, sans odeur fétide, indiquant que la plaie bourgeonne. Pepsine. Lavement : amidon et laudanum. Collutoire : borax 5 gr. ; glycérine 30 gr.

11 août. — T. : m. 36°5 ; s. 37°2.

12 — T. : m. 36°8 ; s. 37°7. Aspect hépatique du pus ; odeur putrilagineuse. Les douleurs à l'épaule droite ayant reparu, il est probable qu'une nouvelle cavité purulente a évacué son contenu.

13 août. — T. : m. 36°6 ; s. 37°3.

14 — T. : m. 37°1 ; s. 37°3.

15 — T. : m. 37°6 ; s. 38°.

16 — T. : m. 37°5 ; s. 37°1. Potion : sulfate de soude 8 gr. Potion : laudanum 15 gouttes. Lavement amylacé, laudanisé.

17 août. — T. : m. 37°4 ; s. 37°6.

18 — T. : m. 37°1 ; s. 37°4.

19 — T. : m. 36°7 ; s. 37°4. La diarrhée continue. Sensation douloureuse de tiraillement dans la poitrine. Faiblesse très marquée.

20 août. — T. : m. 36°6 ; s. 37°. Diarrhée un peu moindre.

21 — T. : m. 36°8 ; s. 37°2. Potion : sous-nitrate de bismuth 5 gr. et laudanum 10 gouttes. Lavement amylacé, laudanisé.

22 août. — T. : m. 36°3 ; s. 37°3. Diarrhée améliorée. Faiblesse toujours très grande.

23 août. — T. : m. 36°8 ; s. 36°9.

24 — T. : m. 36°6 ; s. 36°9. Affaiblissement croissant. Très nombreuses selles, lientériques, liquides, ne présentant plus le caractère d'évacuations purulentes. Muguet. Intolérance pour tout aliment. Dysphagie. Douleurs thoraciques provoquées par la rétraction costale.

25 août. — T. : m. 36°6 ; s. 36°9.

26 — T. : m. 36°5 ; s. 37°7.

27 — T. : m. 36° ; s. 37°.

28 — T. : m. 36°8 ; s. 37°5.

29 — T. : m. 36°5. Mort à 11 heures du soir.

Autopsie (24 heures après la mort). — *Habitude extérieure.* Maigreur extrême. Plaie de position au coccyx.

Cavité thoracique. — *Poumons* sains. Pas d'adhérences *pleurales*, sauf à la base droite immédiatement au-dessus du foie. Quelques cuillerées de liquide clair dans la plèvre droite.

Péricarde légèrement œdématié.

La paroi thoracique est parfaitement saine sur sa face externe. On n'y constate ni œdème ni phlegmon. L'ouverture, pratiquée entre la 10me et la 11me côtes, mesure 2 cent. de long ; elle est bordée de tissus bourgeonnants. La côte inférieure est légèrement érodée.

Le cul-de-sac pleural s'arrête au-dessous de la 8me côte. A partir de ce point, des adhérences très fortes existent entre le foie et la paroi costale. Adhérences plus faibles, au-dessous, jusqu'à la 11me ou 12me côte.

Cavité abdominale. — *Foie.* — Au niveau des adhérences supérieures le tissu est complètement transformé par la suppuration et il existe sur la 8e côte un point d'érosion provenant d'une ouverture spontanée de l'abcès, lequel aurait pu se faire jour par le 8me espace intercostal.

Profondément, adhérences intimes au niveau du *rein* droit. Il n'y a pas d'adhérence entre le foie et *l'intestin.* Mais on note une cicatrice à la face inférieure du lobe gauche. Elle paraît déjà ancienne et rétractée. On ne peut constater, à son niveau, aucune espèce d'adhérence, quoique le point correspondant du *côlon transverse* porte une cicatrice ; ce qui permet de croire à une communication avec l'intestin, pendant l'évolution de la maladie, communication qui ne s'est pas prolongée assez pour permettre à des adhérences solides de s'établir.

La coupe du foie permet de voir la cavité principale de l'abcès, grosse comme un œuf de dinde (abcès qui correspond au travail d'ulcération signalé au niveau de la 8me côte). Une cheminée, longue de 5 centimètres, descend de cette cavité vers l'ouverture chirurgicale. C'est par là que se faisait le drainage.

Autour de l'abcès, le tissu du foie est sombre, avec quelques traînées de tissu fibreux organisé.

Le reste du tissu hépatique est granuleux, couleur *moutarde*, et crépitant sous le doigt.

Intestin. — La muqueuse du *gros intestin* présente l'aspect ordinaire d'une dysenterie ancienne (état framboisé généralisé, grandes ulcérations, pigmentations, etc.).

Dans la portion du *côlon transverse* correspondant à la cicatrice, l'inflammation est au maximum, les ulcérations y sont très nombreuses et des ilots de muqueuse enflammée y apparaissent au milieu des érosions.

Reins. — Volumineux. Couleur pâle. Capsule adhérente. Le rein droit pèse 200 gr. ; le poids du rein gauche est de 230 gr.

Rate. — Poids : 180 gr., gorgée de sang.

Obs. CXVI (1). — *Abcès nostras idiopathique. — Incision large et antiseptique. — Curetage. — Guérison.* — M. D..., 35 ans, habitant Toulon et n'ayant jamais résidé, antérieurement, que dans le midi de la France (à Bordeaux, Dax, Montpellier, etc.), se plaint, pour la première fois, de courbature, le 28 septembre 1891.

Il déclare n'avoir jamais été malade, et, spécialement, n'avoir jamais eu ni dysenterie, ni diarrhée. Toutefois, il digère mal, depuis quelque temps, ne peut plus supporter le vin et a sensiblement maigri. Il accuse un travail excessif, le séjour prolongé dans un bureau exposé au soleil et presque inhabitable pendant l'été. Il avoue aussi, quoique n'étant pas buveur, avoir fait quelques écarts de régime. En deux mots, surmenage et séjour dans un milieu très chaud.

Il souffre de l'estomac et se plaint d'un endolorissement général (28 septembre). Fièvre modérée ; constipation.

5 octobre. — Le malade, qui ne s'est plus présenté depuis huit jours, est beaucoup plus souffrant. — Facies altéré. Fièvre vive. Douleur en ceinture. Respiration gênée. Attitude courbée et fixée par la douleur. A l'examen de l'hypochondre droit, je crois percevoir une légère tuméfaction du foie qui est douloureux. Vésicatoire *loco dolenti*.

6 octobre. — La douleur est bien localisée à la région hépatique. La zone de matité y atteint 12 cent. Une voussure se prononce sous le rebord costal. Anxiété respiratoire. T. : 39°8.

Le diagnostic d'abcès du foie s'impose, quoique les circonstances étiologiques m'obligent à quelques réserves.

7 octobre. — Après consultation avec mon distingué collègue le Dr Galliot, je pratique une ponction exploratrice. Une issue de pus *chocolat* ayant confirmé mon diagnostic, je fais aussitôt, sous le chloroforme, l'ouverture large de l'abcès. Une incision de 8 cent. est pratiquée au sommet de la tumeur et le long du bord des fausses côtes, le trocart conducteur laissé en place. L'abcès est en effet situé à une assez grande

(1) Inédite. — Fontan.

profondeur. L'incision ayant mis à nu le parenchyme hépatique recouvert de la capsule de Glisson qui ne me paraît pas porter d'adhérences, j'entame, dans un second temps, le tissu glandulaire, dont deux centimètres environ doivent être traversés pour que le pus soit atteint. L'incision du foie, d'abord large tout juste pour permettre le passage du doigt, est ensuite portée à 7 centimètres à l'aide du bistouri boutonné, quand je suis certain d'avoir pénétré dans une large cavité. Il s'écoule, aussitôt, plus d'un demi-litre de pus grisâtre, mêlé de sang et de débris hépatiques. Des fragments nécrosés, flottant dans l'intérieur de la poche, sont excisés et raclés avec une large curette peu tranchante, conduite sur l'indicateur et agissant de concert avec lui pour opérer un curetage prudent sur la paroi friable et anfractueuse de l'abcès.

Pendant ce temps, des injections d'eau boriquée entraînent les débris au dehors. A la fin de l'opération, l'eau ressort claire, ce qu'on ne voit jamais dans les procédés ordinaires. Il s'écoule une petite quantité de sang. Deux gros drains sont placés côte à côte, dans la plaie que l'on panse à la gaze iodoformée.

Soir. — Etat excellent. Température descendue à 37°4. Pouls à 96.

8 octobre. — Pas de fièvre. Pansement. Injection boriquée. Quelques gouttes de pus. Régime lacté.

Du 8 au 12 octobre. — Pansement quotidien, quoiqu'il n'y ait pas de suppuration. Facies excellent. L'appétit revient ; le moral est tout à fait bon.

Du 12 au 19 octobre, on ne fait plus le pansement que tous les deux jours et l'un des drains est retiré. La matité hépatique n'est plus que de 8 cent. Le malade mange des viandes grillées et peut se promener dans sa chambre.

Le 22 octobre, le deuxième drain est retiré. Le trajet, du reste, n'a plus que 3 cent. de profondeur et la plaie des téguments est presque comblée par un bourgeonnement très actif. L'embonpoint reparaît.

28 octobre. — La guérison est complète ; le malade sort.

Le pus du foie, recueilli au moment de la ponction, a donné : à l'examen direct, des microcoques en grappes ; et, par cultures, du *staphylococcus pyogenes albus*.

Obs. CXVII (1). — *Hépatite dysentérique (Tonkin). — Abcès multiples. — Opération chirurgicale. — Ouverture par les bronches.* — Nouraud, Pierre, 24 ans, artilleur de marine. Entré à l'hôpital Saint-Mandrier, le 27 juin 1887. Rapatrié du Tonkin, où il a été atteint d'une dysenterie suivie d'un abcès du foie opéré à Hanoï, au mois de mars. L'ouverture chirurgicale s'est fermée au bout d'un mois et demi. Au mois de mai, vomique. L'expectoration purulente a continué, accompagnée de dysenterie, à bord du navire qui l'a ramené en France.

Actuellement, selles liquides avec mucus et stries de sang (15 environ,

(1) Inédite.

dans les vingt-quatre heures). Toux : crachats de pus *chocolat*. Respiration soufflante aux deux sommets, surtout à droite. Douleurs inter-scapulaires. Peu de transpiration nocturne. Température du 27 au soir : 38°3. Bouillon. 1 litre de lait. Potion : sirop de morphine 20 gr.

28 juin. — T. : m. 37°9; s. 38°2. Un litre et demi de lait. Jus de viande 150 gr. Un œuf à la coque. Potion : sulfate de soude 3 gr. ; sirop diacode 20 gr.

29 juin. — T. : m. 38° ; s. 38°3.

30 juin. — T. : m. 38°1 ; s. 38°7. Régime à volonté. Potion : sous-nitrate de bismuth 4 gr. ; sp. de morphine 10 gr.

1er juillet. — Selles vertes, muqueuses. T. : m. 38°2 ; s. 38°4.

2 — T. : m. 37°9 ; s. 38°5.

Mort le 5 juillet 1887.

Obs. CXVIII (1). — *Abcès dysentérique du foie (Egypte). — Incision large et antiseptique ; résection chondrale ; curetage. — Guérison.* — M..., officier italien, a contracté une hépatite, dans la Haute-Egypte, au commencement de 1892. Est venu passer quelque temps en France et s'est établi à Bandol, pour y suivre un traitement hydrothérapique dirigé contre l'hypertrophie de la rate et du foie dont il est atteint.

Le Dr Fontan, appelé en consultation, à cause d'une nouvelle poussée d'hépatite aiguë, avec douleurs, fièvre et dysenterie, constate une voussure et de l'œdème de la paroi au-dessous du rebord costal.

30 août 1892. — Ponction aspiratrice : pus *chocolat*. Incision de 8 cent. parallèle et contiguë au bord costal. Désinsertion de la portion externe du grand droit. Résection d'un fragment du cartilage commun. Le trocart est tombé pendant l'opération, mais la saillie de l'abcès est facilement retrouvée. Adhérences péritonéales. Incision de 6 cent. sur le foie. Issue de deux litres et demi de pus chocolat. Curetage de toute la paroi de la poche. Grandes irrigations boriquées. 2 drains.

2 septembre. — La fièvre est tombée le jour même et les selles se sont améliorées ; état excellent ; appétit. Suppuration abondante.

16 septembre.— Suppression des drains, le pus étant rare et blanc.

21 septembre. — Il n'y a plus qu'une petite plaie bourgeonnante à la peau.

1er octobre. — Tout à fait guéri. Etat général transformé.

Obs. CXIX (2). — *Abcès du bord postérieur du foie. Diagnostic difficile, posé par l'abaissement du rein. Opération transpleurale. Curetage. Guérison.* — Jacq..., capitaine d'infanterie de marine, 39 ans, rentré de l'Indo-Chine, il y a 6 à 7 mois, après 29 mois de séjour en Annam et Tonkin. Plusieurs années passées antérieurement dans les pays chauds.

(1) Inédite. Ce cas a servi de sujet à une clinique du Pr Fontan, publiée in Bull. médical. Paris, 16 juillet 1893.

(2) Inédite.

Vers le milieu de son séjour colonial, il a été atteint de fièvre intermittente et diarrhée. A sa rentrée en France il a eu un congé de 6 mois, pour *hépatite*.

24 février 1893 — Actuellement, à l'entrée à l'hôpital, le capitaine J... est très amaigri, faible, et moralement très affecté. Il accuse des douleurs ventrales vagues ordinairement localisées autour de l'ombilic, mais pouvant se déplacer depuis l'épigastre jusqu'à l'S iliaque. Jamais ces douleurs n'ont siégé au niveau du foie, et l'on peut palper cet organe à tous les niveaux et lui imprimer la succussion, sans éveiller aucune sensibilité spéciale.

Le foie déborde les fausses côtes de 6 cent. ; il remonte jusqu'à la 4me côte, et mesure sur la ligne du mamelon, 16 cent. de hauteur. Le thorax de ce côté est distendu ; les espaces intercostaux sont élargis et les côtes ramenées quelque peu vers l'horizontale.

A l'auscultation on ne trouve aucun frottement péri-hépatique, ni aucun symptôme pleural, mais un certain degré de ronchus bronchique, et quelques signes de tassement pulmonaire.

Il existe à droite un rein flottant facile à sentir, à saisir et même à refouler vers sa place.

Etat digestif médiocre, surtout pour la viande. La diarrhée qui existait naguère à fait place à la constipation.

Il y a de temps en temps un peu de fièvre vespérale.

2 mars. — Ponction exploratrice avec l'appareil de Potain, au-dessous du rebord costal, en un point assez saillant. Issue d'une petite quantité de sang pur.

4 mars. — Deux nouvelles ponctions sont pratiquées sous le rebord des fausses côtes, profondément, l'une directe, l'autre ascendante, et toutes deux sans succès.

Le poids du malade est de 57 kil. 500.

Le régime consiste en viandes grillées, pain rôti, un peu de Bordeaux, de la bière et du lait. Le traitement comprend : gouttes amères et liqueur de Fowler āā 6 gouttes; podophyllin 4 centig. Pepsine et douches froides.

Pendant quelques jours l'amélioration est sensible : le capitaine reprend un peu de force, et la peau est moins terreuse.

13 mars. — Poids : 56 kil. 600. Pas de fièvre.

20 mars. — Douleurs sus-ombilicales. Digestions moins bonnes depuis quelques jours. Poids : 55 kil. 300.

23 mars. — Vésicatoire morphiné à la région épigastrique sur la ligne médiane, les digestions éveillent à ce niveau de vives douleurs.

A la palpation on trouve au-dessus de l'ombilic un empâtement ferme, qui paraît distant du bord du foie, que l'on peut mobiliser sous les doigts, et qui paraît être une chaîne ganglionnaire couchée en travers sur la colonne vertébrale.

28 mars. — Poids : 55 kil. 100.

6 avril. — Poids : 58 kil. 400. Crise hémorrhoïdaire durant 4 jours,

14 avril. — Poids : 54 kil. 400.

21 avril. — Poids : 54 kil. 100.

28 avril. — Poids : 53 kil. 700. Mouvement fébrile.

La température prise à partir de ce moment est de 38°5 à 39° le soir ; elle tombe à 37°5 chaque matin.

4 mai. — Poids : 52 kil. Râles bronchiques des deux côtés.

9 mai. — Cette dénutrition progressive, cette fièvre hectique provoquent un nouvel examen à fond de tous les organes abdominaux.

Rien dans le thorax, si ce n'est de la bronchite générale.

La matité hépatique est plus étendue verticalement que dans l'estimation ancienne ; elle mesure 18 cent. L'abdomen est ballonné ; le rein droit flottant occupe la même position en contiguïté avec le foie. La palpation successive des divers points de la région hépatique ne provoque aucune douleur, pas plus que la pression nettement exercée avec un doigt, ni la succussion en masse. La région sus-ombilicale est toujours empâtée, et c'est la seule dont souffre obscurément le malade.

Malgré ces signes négatifs, et devant l'élévation vespérale quotidienne de la température, on se décide à pratiquer de nouvelles ponctions exploratrices. Se basant alors sur ce fait que le rein droit est déplacé, on suppose que cet organe normalement coiffé par le foie a dû subir une poussée de haut en bas, et être chassé de sa loge. Le pus occuperait sans doute le bord postérieur du foie.

Le trocart capillaire, introduit dans le 9me espace intercostal, en arrière de la ligne axillaire, en un point élargi, mat, mais sans altération de la paroi ni sensibilité particulière, est enfoncé de 4 à 5 cent. dans une direction postérieure, vers le sommet de la loge rénale. En d'autres termes il est dirigé à la fois en dedans, en arrière, et un peu en bas. On perçoit à ce moment une cessation de résistance. Avant d'aspirer on constate que le trocart est mis en mouvement par les ampliations respiratoires : pendant l'inspiration la partie extérieure du trocart monte et la pointe descend. Il est évident que la pointe repoussée en bas par l'abaissement du diaphragme, se trouve bien logée dans le foie.

Par l'aspiration le trocart donne lieu à l'écoulement d'un pus lie de vin caractéristique (1).

10 mai. — *Opération.* — Précautions antiseptiques habituelles. Instruments stérilisés à l'étuve. Anesthésie chloroformique régulière.

Incision de 10 cent., légèrement courbe à concavité supérieure, suivant la 9me côte, qu'on met a nu dans cette étendue. L'incision passe sur le point de ponction de la veille. Résection sous-périostée rapide de 8 cent. de la 9me côte. Dans le sillon laissée par la côte réséquée, on sectionne prudemment le feuillet pariétal de la plèvre sur une longueur de 6 cent. parallèlement à la plaie cutanée. Les deux lèvres ainsi produites à la plèvre

(1) Ce pus contenait du staphylococcus albus, ainsi que l'examen et les cultures l'ont démontré.

costale s'écartent et l'on voit à chaque inspiration la plèvre diaphragmatique glisser intimement appliquée contre cette boutonnière. La contiguité parfaite des deux feuillets séreux empêche la pénétration de l'air et la formation d'un pneumothorax. A aucun moment on ne voit le poumon. Il n'y a non plus pas trace d'adhérences.

On pratique la suture des deux lèvres de la plèvre pariétale incisée à la plèvre diaphragmatique encore intacte, à l'aide d'un double surjet de catgut, et entre ces deux lignes de suture, la cavité pleurale étant ainsi fermée, on sectionne nettement le diaphragme et la couche superficielle du foie.

Dans le foie la longueur de l'incision est encore de 4 à 5 cent., et la couche hépatique saine qui recouvre l'abcès mesure 2 cent. environ. Aussitôt il s'écoule près d'un litre de pus chocolat. Exploration de la cavité avec le doigt : elle est anfractueuse et tapissée de franges pulpeuses.

Curetage méthodique de toutes les parois de l'abcès à l'aide de longues curettes utérines, qui s'enfoncent jusqu'à 18 cent. pour atteindre le bord postérieur vers le rachis. On enlève ainsi tous les grumeaux purulents formant près d'un demi-litre de raclure du foie. Il ne se produit aucune hémorrhagie, la curette cessant de fonctionner dès qu'elle est près d'éprouver la résistance normale du tissu hépatique.

Double drain adossé en canons de fusil; grandes irrigations boriquées jusqu'à ce que l'eau ressorte sans mélange de grumeaux ni de sang. On constate par la percussion que le foie est déjà considérablement revenu sur lui-même. On s'assure aussi qu'il n'y a point de pneumothorax.

Le soir, temp. : 37°5.

A dater de ce moment la température n'est plus remontée à 38° ; il n'y a eu aucune complication post-opératoire, et les 5 premiers jours se sont très bien passés. Le retrait du foie est très marqué, sauf à l'épigastre.

15 mai. — Après une crise de ballonnement abdominal et de douleurs péri-ombilicales, il s'est présenté dans l'espace d'une heure deux selles contenant un flot de matières purulentes hépatiques bien caractérisées.

Le ballonnement du côlon transverse, le siège sus-ombilical de l'empâtement et des douleurs, la nature très caractéristique du pus chocolat évacué presque sans mélange, font admettre qu'un second abcès, siégeant à la face concave et dans le lobe gauche, a dû être évacué par le côlon. Le retrait rapide du foie à la suite de l'opération a dû précipiter cette ouverture spontanée.

Il n'y a pas de communication probable entre les deux foyers, car il ne passe pas de gaz ou produits intestinaux dans l'abcès opéré, et les injections faites dans cette cavité n'éveillent ni coliques, ni envie d'aller du corps. Elles refluent en entier par la plaie chirurgicale.

Cependant par prudence, on supprime les injections de bichlorure de mercure que l'on faisait depuis 3 ou 4 jours.

18 mai. — Etat excellent. Les troubles abdominaux s'effacent ; la région

sus-ombilicale reprend sa souplesse. Selle moulée. Appétit, sommeil, moral bon. Poids : 51 kil. 300.

25 mai. — Poids : 51 kil. 300. La hauteur du foie n'est plus que de 10 cent.

1er juin. — Poids : 52 kil. 600. On supprime un drain.

8 — Poids : 54 kil. 900.

10 — Suppression totale du drain, que l'on a graduellement raccourci.

15 juin. — Poids : 58 kil. Cicatrisation à peu près complète, il ne reste qu'une petite plaie superficielle. Le creux épigastrique est dégagé. Les digestions sont bonnes. La transformation de l'habitus extérieur, du teint, etc., est surprenante.

19 juin. — Sort pour jouir d'un congé de 3 mois.

Réflexions. — Cette observation est remarquable à plusieurs points de vue : 1° d'abord par les difficultés du diagnostic. La douleur manquait, les ponctions étaient restées muettes, et la présence du pus a été affirmée par l'ensemble de 3 signes de présomption : volume du foie, dénutrition graduelle, fièvre hectique ; 2° par le diagnostic du siège de l'abcès, déduit de l'existence d'un rein flottant ; 3° par l'ouverture spontanée, presque immédiate d'un second abcès dans le côlon ; 4° par l'exécution méthodique d'une opération transpleurale, avec canalisation de la plèvre par les sutures, résection de côte et curetage de la cavité de l'abcès ; 5° par les suites excessivement favorables de cette intervention, la guérison d'un état si grave n'ayant guère demandé plus d'un mois, et la réparation nutritive de l'individu lui ayant fait gagner plus de 6 kil. 500, en 20 jours, soit 325 gr. par jour.

Obs. CXX (1).— *Abcès du foie suite de dysenterie.— Incision abdominale. — Curetage. — Guérison.*— Falmon, soldat de la légion étrangère, atteint de dysenterie au Cambodge, arrive à Toulon en avril 1893, et se plaint de douleurs hépatiques. Fièvre vespérale quotidienne. Dyspepsie. Amaigrissement. La dysenterie est guérie. Voussure marquée sous le rebord des fausses côtes, vers l'insertion du grand droit abdominal. Ce muscle est du reste en état de contracture manifeste.

12 avril. — La voussure s'est acuminée, et il se produit un peu d'infiltration œdémateuse de la paroi. La fièvre est tombée depuis deux jours. Ponction exploratrice amenant du pus lie-de-vin. Le Dr Fontan décide l'opération immédiate.

Une large incision est aussitôt pratiquée le long du bord inférieur des 9me et 10me côtes. On arrive couche par couche sur le péritoine qui contient quelques adhérences. Incision du foie, sur le trocart, dans une étendue de

(1) Inédite.

5 cent. Issue de 300 gr. de pus. Curetage, et larges irrigations d'eau phéniquée dans les deux drains habituels. Les suites ont été très simples. Chute immédiate de la fièvre.

Petite rechute dysentérique le 6me jour. Sulfate de soude et ipéca à la Brésilienne.

Suppression des drains le 14me jour.

Guéri vers le 25me jour. Exeat le 30me jour.

Obs. CXXI (1). — *Abcès du foie nostras. — Influence possible d'un traumatisme. — Incision large et antiseptique. — Résection costale. — Curetage. — Guérison.* — M..., marchand de vins, ayant habité l'Italie, où il a fait son service militaire, n'a jamais été atteint d'impaludisme ni de dysenterie. Quelque peu intempérant. Dyspeptique.

Il y a cinq ans, est tombé du haut d'une échelle sur le fond d'un tonneau ; a porté, dans cette chute, sur la région hépatique, et a souffert, à ce niveau, pendant quelques jours. Depuis cette époque, ne s'est jamais ressenti de sa contusion.

Pris d'embarras gastrique, avec douleur au côté droit, il y a vingt jours. On soupçonne le début d'une pleurésie, mais l'auscultation ne révèle rien. Dans les quelques jours qui suivent: diarrhée, affaiblissement rapide, état presque typhoïde; on songe à la possibilité d'une dothienenterie.

Appelé près du malade, le 3 juillet, le Dr Cunéo constate une augmentation très nette du volume du foie et de la rate, avec dysenterie. Il note un commencement d'œdème à la base de l'hémithorax droit. Les signes d'auscultation font toujours défaut.

Le diagnostic, *hépatite suppurée*, devient vraisemblable.

Le 6 juillet, le Dr Fontan voit le malade en consultation : Facies très fatigué, tiré, anxieux, maigreur, teint subictérique, décubitus dorsal un peu incliné à gauche. Voussure manifeste de la région hépatique, avec œdème de la paroi, sur la ligne axillaire, au niveau des cinq dernières côtes, qui sont écartées et horizontales.

A la percussion, matité dans une zone qui commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon et finit à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal. La limite supérieure de la matité dessine une courbe convexe en haut. La pression éveille des douleurs modérées dans la région œdématiée. La palpation abdominale et la succussion du foie sont plus douloureuses. A l'auscultation, rien à la plèvre ni au poumon. Aucun frottement péri-hépatique.

La rate est indurée et déborde sensiblement le rebord costal gauche.

Une ponction aspiratrice, faite dans le 9me espace intercostal, sur la ligne axillaire, au centre de la zone œdémateuse, amène un demi-litre de pus grisâtre, sans odeur. On donne aussitôt le chloroforme et l'on procède à l'ouverture large de l'abcès. Incision de 8 centimètres. Ablation de

(1) Inédite.

5 centimètres de la 10me côte. On passe, sans hésiter, à travers le cul-de-sac pleural, l'état de la paroi indiquant suffisamment qu'il doit être comblé par des adhérences. En effet, le bistouri arrive à la cavité purulente sans avoir rencontré aucune séreuse libre. Le doigt, mis aussitôt dans la poche, reconnaît que c'est bien le foie qui est excavé. Paroi déchiquetée, anfractueuse, issue de pus phlegmoneux, grumeleux. Curetage méthodique. 2 drains en canons de fusil. Irrigations boriquées.

9 juillet. — Depuis l'opération, état très satisfaisant. Facies moins terreux. Pas de fièvre. Appétit. Constipation. Une irrigation boriquée, faite quotidiennement, entraîne quelques grumeaux de raclure de foie.

18 juillet. — Les drains ont été supprimés, l'abcès ne fournissant plus que quelques gouttes de pus crémeux. L'état général est très bon. Le malade se lève.

24 juillet. — Cicatrice presque complète. Excellent appétit. Le malade se promène dans son jardin, et peut être considéré comme guéri.

Obs. CXXII (1). — *Hépatite nostras. — Complication de pneumonie.* — Debergue, A., âgé de 21 ans, artilleur, originaire des Ardennes, est au service depuis deux mois.

1er mai. — Il est envoyé à l'hôpital pour *pleurésie* à droite, étant en traitement à l'infirmerie pour *embarras gastrique.*

Temp. : 39°8. Malade depuis 24 jours, il est atteint de diarrhée et de pleurésie? il a été atteint de pneumonie il y a deux ans. L'examen de la poitrine fait en réalité constater peu de chose : pas de matité, ni d'affaiblissement des vibrations vocales et de murmure vésiculaire. Il existe actuellement à la base, en arrière et à droite, un souffle très doux. En avant submatité légère à la base à droite. Pas de signe stéthoscopique. La respiration s'entend partout.

Douleurs très vives au niveau des attaches diaphragmatiques rendant le sommeil impossible. Tousse peu ; pas d'expectoration. Les changements de position n'amènent point de quinte de toux. En somme aucun signe d'épanchement (Sulfate de soude 25 gr. Ventouses scarifiées). Le foie est volumineux et dépasse de 7 cent. le bord des fausses côtes. Il est douloureux au toucher.

9 mai — T. : m. 39°4 ; T. : s. 39°3. Vésicatoire sur le foie.

4 — T. : m. 37°4 ; T. : s. 37°4.

5 — T. : m. 36°8 ; T. : s. 36°7.

A partir de ce moment il n'y a plus de fièvre. La douleur du foie diminue.

9 mai. — Toux fréquente sans aucun signe stéthoscopique.

14 mai. — Toux persistante. Empâtement douloureux vers la vésicule biliaire. Douleurs pendant la miction à ce niveau (Lait. Calomel. Pommade mercurielle. Eau de Vichy).

Du 17 au 23 mai. — Amygdalite et ulcérations gingivales.

(1) Inédite.

Le 23 mai. — L'angine est guérie. Le foie est moins douloureux et l'empâtement a diminué. Amygdalite.

Les jours suivants amélioration graduelle.

Sort guéri, au moins en apparence, le 11 juin 1888.

2me entrée pour hépatite le 10 août. On note que, un mois après sa sortie de l'hôpital, cet homme, qui n'a jamais été aux colonies, a été pris de dysenterie (selles diarrhéiques mêlées de sang, en même temps vive douleur à la région hépatique).

Dyspepsie, vomissements. L'examen de la région antérieure permet de constater de la matité exagérée dans le côté droit. Pas de voussure apparente. La mensuration donne 1 cent. de plus à droite qu'à gauche. Développement de la circulation veineuse de la région hépatique. Au dire du malade, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, qui était survenue récemment au niveau du cartilage des fausses côtes aurait disparu depuis deux jours à la suite d'un vésicatoire et d'un bandage compressif. Langue bonne ; pas de fièvre ; dyspepsie. Le malade sort de nouveau de l'hôpital après une douzaine de jours pendant lesquels on a traité sa dyspepsie.

Obs. CXXIV (1). — *Abcès du foie. — Opération transpleurale par MM. Sibaud et Fontan. — Suture de la plèvre. — Curetage. — Mort, le 20me jour, d'épuisement.* — Tissier, soldat de 23 ans, récemment arrivé de Cochinchine, est entré à Saint-Mandrier le 20 août 1893, pour dysenterie.

Il présente des selles muqueuses et sanguinolentes. Son état général est mauvais. Très faible, très amaigri, ne digérant rien, il donne l'impression d'un de ces malades que l'on ne pourra remonter (Lait, bouillon, peptone, un peu de bière...).

A dater du 30 août, petit accès de fièvre vespéral ; selles tantôt purement diarrhéiques, tantôt dysentériques.

4 septembre. — On note un commencement de voussure du côté droit. Douleur spontanée, et un palper, dans le creux épigastrique.

10 septembre. — L'extension du foie du côté du creux épigastrique a sensiblement augmenté depuis deux jours. Douleurs vives à la pression. Le malade est dirigé sur le service de chirurgie.

11 septembre. — On constate au niveau du foie l'écartement et l'effacement des espaces intercostaux. Pointe du cœur remontée de deux travers de doigt. Respiration anxieuse. A l'auscultation rien dans les plèvres, ni les poumons. Etat général très peu rassurant. Toujours un peu de fièvre le soir, et 3 ou 4 selles dysentériques par jour.

Le malade, qui pesait en santé 68 kil., pèse actuellement 34 kil.

12 septembre. — Le diagnostic d'abcès du foie n'étant pas douteux, et le lobe droit paraissant aussi dilaté que la portion épigastrique, on ponctionne le 8me espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure. Issue de pus roussâtre.

(1) Inédite.

Opération immédiate par le Dr Sibaud, assisté du Dr Fontan. Chloroforme. Incision de 6 cent. sur la 9me côte. Résection de 5 cent. de cette côte. Incision de la plèvre pariétale. La cavité pleurale est saine, et ne contient ni adhérences, ni liquide. Suture pleurale suivant le procédé des auteurs ; section du diaphragme. L'abcès largement ouvert laisse écouler deux litres environ de pus chocolat mêlé de détritus.

Curetage méthodique ; lavage à l'eau boriquée. Drainage double.

13 septembre. — Les jours suivants on note un réel soulagement, et une certaine amélioration générale. La température redevient de suite absolument normale. Le malade demande à manger et reprend courage.

Cependant cette amélioration ne dure pas, sauf en ce qui concerne la fièvre. La dysenterie persiste; rien n'est digéré ; et le malade, après 20 jours de lutte, succombe dans le dernier degré du marasme. Un seul incident intéressant a été noté : le 26 septembre un peu de sang a été mêlé au pus, et les jours suivants le pus a été nettement coloré par la bile. Mort le 2 octobre.

Autopsie. — Cavité abdominale. — Le foie est creusé, dans son lobe droit, d'une vaste cavité qui le réduit à une coque très mince, surtout vers la face convexe. A la face concave l'épaisseur du foie est encore de 1 à 3 cent. Pus grumeleux. Le foie pèse 1.300 gr.

La face convexe est adhérente au diaphragme dans un espace très restreint autour de la plaie chirurgicale.

L'estomac, très distendu, contient un ulcère rond de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, reposant sur une tache violacée, au milieu de la grande courbure.

L'intestin grêle, et le gros intestin sont criblés d'ulcérations dysentériques à divers degrés de réparation. Rate normale.

Cavité thoracique. — Adhérences pleurales très fortes et très étendues des deux côtés. Aucun liquide dans la plèvre droite.

Le trajet transpleural d'évacuation du pus est parfaitement canalisé. Rien aux poumons.

Obs. CXXIVbis. — *Abcès dysentérique du Tonkin. — Incision antiseptique. — Guérison.* — Thomas, Réné, artilleur, 24 ans. Rapatrié par le « Comorin » le 5 octobre 1891, vient de faire un séjour de 2 ans au Tonkin. Atteint de dysenterie quelques jours avant le départ de la colonie. A présenté, pendant la traversée, quelques accès de fièvre. En outre, il y a environ un mois, 20 jours après le début de la dysenterie, le malade a souffert d'une poussée d'hépatalgie pour laquelle on a appliqué un vésicatoire sur la région du foie. La matité hépatique mesure 11 centimètres sur la ligne mamelonnaire. Actuellement, 4 ou 5 selles demi-pâteuses en 24 heures.

Poids du 6 octobre : 62 kilogr.

7 octobre. — Temp. : m. 37°1 ; s. 37°5.

8 octobre. — Temp. : m. 37°1 ; s. 38°. — Six selles liquides ; les douleurs hépatiques seraient plus vives.

9 octobre. — Temp. : m. 36°9 ; s. 37°7. — Six selles mal liées, présentant des débris de caséine. Douleurs un peu moins vives.

10 octobre. — Temp. : m, 37°3 ; s. 37°. — Douleurs moins vives ; pas de sommeil cependant. Six selles en 24 heures.

Après avoir pratiqué une injection d'un centigramme de cocaïne, une ponction est opérée avec l'aiguille de Potain n° 2 sous le rebord des fausses côtes, à environ 5 centimètres à droite du creux épigastrique. Cette ponction donne issue à une certaine quantité de pus situé à 4 centimètres de profondeur. Sur l'aiguille servant de guide on pratique une incision parallèle aux côtes et longue de 6 centim. environ. Le foie est incisé dans une longueur de 3 centimètres ; issue d'une grande quantité de pus chocolat (500 gr. environ); lavages boriqués. Mise en place de 2 drains accolés ; pansement, gaze iodoformée.

11 octobre. — Temp. : m. 36.8 ; s. 37. — Le malade a un peu reposé ; état général meilleur ; cependant il y a encore eu 6 selles.

12 octobre. — Temp. : m. 37°1 ; s. 37°4. — État général satisfaisant. — Trois selles dans les 24 heures. — Un peu de sommeil cette nuit.

13 octobre. — T. ; m. 37°1 ; s 37°7.
14 — T. : m. 36°8 ; s. 37°6. — Trois selles en 24 heures.
15 — T. : m. 37°4 ; s. 37°3.
16 — T. : m. 36°3 ; s. 37°.
17 — T. : m. 36°5 ; s. 36°9.
18 — T. : m. 36°6 ; s. 37°.
19 — T. : m, 36°6 ; s. 36°5. — Poids : 57 kilogrammes (Diminution : 5 kilogr.).
20 octobre. — T. : m. 36°8 ; s. 37°.
21 — T. : m. 36°8 ; s. 36°9.
22 — T. : m. 37° ; s. 37°5. — On retire un drain.
23 — T. : m. 37° ; s. 37°4. — Une seule selle.
24 — T. : m. 36°4 ; s. 37°2. — Pus peu abondant ; le second drain est supprimé.
25 octobre. — T. : m. 36°9 ; s. 37°4.
26 — T. : m. 36°7 ; s. 37°1. — Une selle moulée.
27 — T. : m. 36°6 ; s. 37°4.
28 — T. : m. 36°6 ; s. 37°3.
29 — T. : m. 36°5 ; s. 37°4.
30 — T. : m. 36°7 ; s. 36°7.
31 — T. : m. 36°7 ; s. 37°3.
1er novemb. — T. : m. 36°9 ; s. 36°9.
2 — T. : m 37°3 ; s. 37°.
3 — T. : m. 36°9 ; s. 37°4. — Suppuration presque nulle.
4 — T. : m. 37° ; s. 37°3. — Poids : 62 kilogrammes (Augmentation : 5 kilogrammes).
5 novemb. — T. : m. 37° ; s. 37°2.
6 — T. : m. 37°1 ; s. 36°8.

7 novemb. — T. : m. 36°4 ; s. 37°4.
8 — T. : m. 36°7 ; s. 37°3.
9 — T. : m. 36°5 ; s. 37°3.
10 — T. : m. 36°7 ; s. 37°4. — Cicatrisation complète.
11 — T. : m. 36°5 ; s. 36°6.
12 — T. : m. 36°3 ; s. 36°3.
14 — Poids : 67 kilogrammes (Augmentation : 5 kilogr.).
Exeat guéri, le 16 novembre.

Nota. — Au moment de la ponction (le 9 octobre), on a constaté dans le pus de l'abcès la présence du *staphylococcus pyogenes aureus*. La culture a reproduit les mêmes éléments.

Obs. CXXV (1). — *Hépatite dysentérique (Tonkin). — Abcès opéré par incision large et antiseptique. — Guérison.* — Guyot, Pierre, caporal au 1er régiment d'infanterie de marine, 28 ans (8 ans de service).

A servi, tout d'abord, dans l'armée de terre, en Algérie et en Tunisie. Atteint de fièvre typhoïde en 1884. Passé aux troupes de la marine, a fait deux séjours, de deux ans chacun, au Tonkin, où il a été pris de fièvre paludéenne et de dysenterie aiguë. Rapatrié le 5 avril 1893.

1re entrée à l'hôpital de Cherbourg, salle 6, le 11 avril. Accuse des douleurs à l'hypochondre droit, avec radiations vers l'épaule. Foie augmenté de volume et sensible à la pression, particulièrement au niveau du septième espace intercostal. Fièvre vespérale quotidienne.

Sous l'influence d'un traitement purement médical, ces symptômes subissent un amendement progressif et le malade quitte l'hôpital, le 16 mai, proposé pour un congé de convalescence qui lui est accordé quelques jours plus tard.

2e entrée au même hôpital, salle 1, service du médecin en chef Bertrand, le 15 novembre 1893.

Foie augmenté de volume; la matité de l'organe commence à deux travers de doigt au-dessous du mamelon et dépasse, d'environ un travers de doigt, le rebord des fausses côtes. Douleur fixe, en arrière, dans le dernier espace intercostal, à 8 centimètres environ de la colonne vertébrale, perçue spontanément, exaspérée par la pression et comparée, par le malade, à une douleur de contusion. Les téguments font, à ce niveau, une légère saillie verticale et donnent, au toucher, une sensation de résistance profonde; pas de fluctuation; pas d'œdème pariétal. Les espaces intercostaux ne paraissent même pas élargis. Pas de dyspnée. Pas de diarrhée. Température du 15 au soir : 37°,8.

16 novembre. — T. : m. 36°9 ; s. 37°2.
17 — T. : m. 36°8 ; s. 37°.
18 — T. : m. 37° ; s. 37°.
19 — T. : m. 36°9 ; s. 36°6.

(1) Inédite.

1er décembre. — Quelques douleurs lancinantes à l'épaule droite.

6 — T. : m. 37°5 ; s. 37°7.

7 — T. : m. 37°4 ; s. 37°6. Évacué sur le service chirurgical des salles 9 et 10, service de M. le médecin principal Léo, avec une note ainsi conçue : « *Abcès hépatique possible, sinon* probable ».

8 décembre. — T. m. 37°2 ; s. 37°5,

9 — Opération décidée. La région hépatique ayant été lavée et savonnée, à la solution de Van Swieten, en avant, latéralement et en arrière, on ponctionne, après cocaïnisation, au point douloureux, avec le plus gros des trocarts de l'appareil Potain, brusquement enfoncé jusqu'à sensation de résistance vaincue, indiquant que la pointe de l'instrument a pénétré dans une cavité. La flamme du trocart retirée, du pus vient sourdre à l'orifice de la canule que l'on adapte au tuyau d'un aspirateur Dieulafoy. Issue d'une grande quantité de pus *chocolat*, avec détritus de tissu hépatique.

Séance tenante, chloroforme. Incision cutanée d'environ 8 centimètres, dans le dernier espace intercostal, à peu près à égale distance du rachis et de la ligne axillaire postérieure légèrement oblique en bas et en avant, Le bistouri, plongé verticalement jusqu'au foyer hépatique, ouvre une voie par laquelle l'index gauche, aussitôt introduit, sert de conducteur à l'instrument tranchant qui, sur lui, sectionne en masse en avant et en arrière, dans une étendue égale à la longueur de l'incision cutanée, les muscles et le parenchyme hépatiques.

Du pus s'échappe en abondance, par cette large ouverture, mélangé de débris hépatiques. On peut évaluer à un litre la quantité de liquide contenue dans l'abcès, compte tenu de celle qu'a évacuée la ponction aspiratrice.

La poche vidée, on l'explore avec le doigt aseptisé à nouveau, et l'on constate que son volume est à peu près celui d'une orange, qu'elle est assez régulièrement sphérique et ne présente pas d'anfractuosités. Lavage, auquel sont employés : d'abord un demi-flacon de solution mercurielle, puis un flacon entier d'eau boriquée.

Drainage avec trois tubes reliés en flûte de Pan au moyen d'une épingle anglaise. Plaie saupoudrée d'iodoforme, gaze iodoformée, gaze bichlorurée ; gâteau de ouate hydrophile et bandage de corps.

T. : m. 37° ; s. (3 h.) 38° ; s. (8 h.) 37°9.

Diète lactée (3 litres de lait).

10 décembre. — Sommeil, la nuit dernière. Pas de douleurs. Le pansement, souillé de pus, est renouvelé. Lavage bichloruré et boriqué, assez difficile à pratiquer, les drains étant, maintenant, serrés entre les deux dernières côtes, et le foie ayant remonté ; déplacement qui a détruit le parallélisme existant entre l'ouverture hépatique et la plaie des téguments. T. : m. 37° ; s. (3 h.) 36°8 ; s. (8 h.) 36°8.

11 décembre. — Suppuration très diminuée. Lavage boriqué ; la poche

tend à se rétrécir. On supprime deux drains ; celui qui reste est raccourci. Toujours pas de douleurs.

12 décembre. — T. : m. 36°9 ; s. 36°8.
13 — T. : m. 36°5 ; s. 36°8.
14 — T. : m. 36°5 ; s. 36°8.
15 — T. : m. 37°6 ; s. 36°9.

16 décembre. — Suppuration peu abondante. Cavité de l'abcès réduite au volume d'une noix. Lavage boriqué ; puis, ablation du dernier drain. Etat général excellent. T. : m. 36°8 ; s. 36°7. Appétit. 3 litres de lait ; œufs ; tapioca.

17 décembre. — T. : m. 36°5; s. 36°7. Lait; tapioca; poisson; poulet.
18 — T. : m. 36°6; s. 36°6.
19 — T. : m. 36°5; s. 36°7. Poids : 56 k. 500. Régime à volonté.
20 décembre. — T. : m. 36°5; s. 36°9.
21 — T. : m. 36°6; s. 36°8. Presque plus de pus dans le pansement. La plaie se comble graduellement. Les injections ne pénètrent plus.
22 décembre. — T. : m. 36°6; s. 36°9.
23 — T. : m. 36°5; s. 36°6.
24 — T. : m. 36°5; s. 36°6.
26 — La plaie est presque cicatrisée; elle n'intéresse plus que la peau. Poids : 60 k.

2 janvier 1894. — Poids : 63 k. Cicatrisation complète.

Le malade est guéri; mais, comme il ne désire ni congé de convalescence ni repos à la caserne, on le garde encore quelque temps à l'hôpital.

9 janvier Poids : 65 k. 400.
16 — Poids : 68 k. 300.

Exeat le 28 janvier.

Analyse bactériologique du pus. — Prévenu, le 8 décembre, qu'une intervention opératoire aura lieu le lendemain à la recherche de l'abcès, M. le pharmacien-principal Baucher prend toutes les dispositions requises pour que le pus soit recueilli et examiné aseptiquement. Les flacons ou tubes dans lesquels il doit être reçu, les pipettes, lames ou lamelles, en un mot toute la verrerie, l'eau distillée, les solutions colorantes (préparées le jour même), sont soigneusement stérilisés à l'étuve sèche ou à l'autoclave.

Le 9 décembre, la région hépatique est, comme nous l'avons dit, savonnée et lavée à la liqueur de Van Swieten ; les mains des opérateurs ont été lavées et brossées à l'eau chaude additionnée de solution mercurielle, puis trempées dans la liqueur de Van Swieten. Le trocart est aseptique. Le pus est recueilli à l'orifice de la canule de cet instrument et reçu directement dans un petit flacon stérilisé. C'est après cette récolte seulement que la canule du trocart est adaptée à l'aspirateur Dieulafoy.

Le pus est transporté, *aussitôt*, au laboratoire de bactériologie et M. Baucher s'en sert pour ensemencer, séance tenante : deux tubes de bouillon ; un tube de gélatine par piqûre ; un tube d'agar incliné ; un tube de gélatine liquéfiée pour culture en boîte de Pétri ; un tube de sérum sanguin, et deux pommes de terre par épandage au couteau stérilisé.

Toutes ces cultures sont portées à l'étuve, chacune à la température qui lui convient.

Ces opérations terminées, on procède à un examen bactériologique *direct* du pus. Une goutte de ce liquide, délayée dans l'eau distillée stérilisée, montre, au microscope, après addition de violet de gentiane, quelques rares bactéries et nombre de microcoques, les uns libres, isolés, associés en diplocoques ou en grappes maigres, les autres incorporés aux globules de pus ou disposés en couronne sur la circonférence de ces éléments. Tous ces détails sont beaucoup plus nettement saisis quand on a recours au procédé dit de la *goutte suspendue*. On constate ainsi que tous ces microbes sont très faiblement mobiles.

Le 16 décembre, toutes les cultures sont examinées :

Le bouillon s'est troublé et un dépôt blanchâtre ou blanc jaunâtre s'est formé au fond du tube. A l'examen microscopique : microcoques et bactéries. La culture en gélatine, par piqûre, ne présente, au niveau du point ensemencé, qu'une minuscule dépression, sans liquéfaction ; sa couleur n'a pas changé Elle est telle encore, après trois mois. L'agar incliné et le sérum sanguin sont restés stériles ; leur état est toujours le même, à l'heure actuelle. La gélatine en boîte de Pétri porte une petite culture blanche en gouttelette de bougie que l'on recueille en tube de gélatine et qui laisse voir, au microscope, des bactéries courtes, un peu ventrues, mobiles.

Le 21 décembre, on y remarque trois nouvelles taches rondes, d'un blanc légèrement jaunâtre, sans liquéfaction de la gélatine. Leur microbe est une bactérie très semblable à la précédente.

Les pommes de terre se sont recouvertes de granulations visqueuses, blanches et jaunes, constituées par du staphylocoque type.

Ces indications fournies, il est inutile de poursuivre l'exposé détaillé des opérations exécutées au cours de cette analyse bactériologique poursuivie, pendant trois mois, par MM. Baucher et Bertrand.

Les résultats obtenus sont les suivants : 1° *Staphylocoque pyogène*, avec ses trois variétés : aureus, albus, citreus ; 2° *bacille d'Eberth*, bactérie courte, un peu ventrue, très mobile, claire au centre, se décolorant par la méthode de Gram ; ne faisant pas fermenter les sucres ; donnant des taches rondes en gouttelettes de bougie, sur plaque de gélatine ; cultivant en ilot de glace, quelquefois entouré d'un cercle blanc bleuâtre porcelané avec irisation très nette, après piqûre en tube de gélatine ; laissant, sur pomme de terre, une légère glaçure *en traînée de limace* ; sur gélatine inclinée, une strie blanche très finement granuleuse comme une tache de

sirop desséché ; sur gélose, une tache discrète, blanche, crémeuse ou nacrée ; 3° *bactérie* encore indéterminée à l'heure où cette relation est écrite, bâtonnet court et mobile, morphologiquement identique au bacille d'Eberth, donnant, sur plaques de gélatine, de petites taches jaunes arrondies, et, de ce point de départ, ayant cultivé en deux séries : l'une où la couleur jaune a persisté, sans interruption, quel que fût le milieu de culture ; l'autre où les colonies sont devenues blanches et se sont reproduites, en gélatine, sous l'aspect ilot de glace, avec cercle porcelané, irisation, etc. Dans aucun cas, cette bactérie n'a fait fermenter les sucres.

Réflexions. — L'origine de l'abcès dont cet homme était atteint remonte, certainement, à une date déjà ancienne.

Son foie suppurait, vraisemblablement, lors de sa première entrée à l'hôpital de Cherbourg, au mois d'avril 1893 : la fièvre vespérale quotidienne observée à cette époque le démontre. La cause la plus probable de cet abcès est la dysenterie aiguë qui a frappé Guyot au Tonkin ; car il serait bien risqué de faire intervenir, dans son étiologie, la fièvre typhoïde dont ce militaire a été atteint en 1884, encore que l'analyse bactériologique ait fait constater, dans le pus, donnée à retenir, l'existence d'un microbe se comportant, à tous égards, comme le bacille d'Eberth.

Nous noterons, d'autre part : la richesse bactérienne définitive de ce pus d'abcès qui aurait dû être stérile, si les conclusions de certains auteurs répondaient à la réalité des faits ; la faible vitalité de ses microbes, établie par l'examen microscopique direct et le peu de fécondité des premiers milieux de culture ; la stérilité de l'agar et du sérum sanguin.

Cet abcès hépatique était ancien ; vieux de huit mois au moins, d'un an ou davantage, peut-être. Il n'est donc pas étonnant que la virulence de son contenu microbien fût grandement diminuée. On n'aurait même pas été en droit d'être surpris, si les divers milieux ensemencés n'avaient reproduit aucune culture, alors pourtant que des microbes avaient été constatés à l'examen microscopique direct. Il aurait pu se faire que ces éléments n'eussent pas eu la force de se reproduire ou que le liquide purulent ne renfermât que leurs cadavres ; car il en est des abcès du foie, comme de toute culture dont, à la longue, les microbes périssent, tués par les toxines qu'ils sécrètent.

Or, l'examen bactériologique *direct* a-t-il été pratiqué, dans les observations qu'on nous présente comme des exemples de pus stérile ? On ne nous dit rien à ce sujet.

On ne nous renseigne pas davantage, le plus souvent, sur la

nature des milieux ensemencés. A-t on cultivé en gélatine, en agar ou sur pomme de terre. A-t-on pris une précaution, qui n'a pas été négligée ici, celle de semer le pus en plusieurs milieux? MM. Baucher et Bertrand auraient peut-être passé, sans le voir, à côté du bacille d'Eberth, s'ils n'avaient pas fait de culture en plaques de gélatine; mais, très probablement, les staphylocoques leur auraient échappé s'ils n'avaient pas eu recours aux cultures sur pomme de terre, véritable milieu de choix pour la reproduction de ces microbes pyogènes, et, à coup sûr, ils auraient pu croire que le pus était stérile, s'ils s'en étaient tenus aux cultures sur agar.

Obs. CXXVI (1). — Guichard, Auguste, sergent au 4e régiment d'infanterie de marine, rentré du Tonkin (où il a passé 40 mois), après y avoir eu la dysenterie; a été directement en congé chez lui dans la Drôme, d'où il revient au bout de cinq mois.

6 nov. 1893. — Actuellement l'hépatite, dont il avait déjà quelque peu souffert, est facile à diagnostiquer. Voussure manifeste. Toute la région hépatique est douloureuse à la pression, surtout à l'extrémité des fausses côtes. A la percussion on constate que le foie est remonté de deux travers de doigt. Douleurs dans l'épaule. La nuit, pour trouver du repos, il prend une position incurvée du côté droit, tout en gardant le décubitus dorsal. Fonctions digestives assez bonnes. Fièvre vespérale quotidienne.

8 nov. — Une ponction dans le neuvième espace démontre la présence du pus.

9 nov. — Ouverture de l'abcès pratiquée par le Dr Robert suivant la méthode de M. Fontan.

Incision de 10 cent. sur le bord supérieur de la neuvième côte. Dénudation et résection de 7 cent. de la côte. Suture au catgut en surjet de la plèvre pariétale à la plèvre diaphragmatique. Incision dans l'axe de la plaie comprenant les deux feuillets pleuraux, le diaphragme, et une certaine épaisseur de tissu hépatique. Issue d'un litre environ de pus chocolat mêlé de sang. Curetage de la cavité. Mise en place de deux drains accolés en canon de fusil, et lavages bichlorurés et boriqués.

12 nov. — État général excellent. L'appétit revient; fièvre nulle; selles bonnes. Suppuration peu abondante,

19 nov. — Suppuration presque nulle; écoulement d'un peu de bile. On supprime un drain.

23 nov. — Suppuration nulle; on ne constate plus qu'un petit trajet de 5 à 6 cent. de profondeur, dans lequel on laisse un tout petit drain. Poids : 65 kilog.

2 décemb. — On supprime le drain. Poids : 68 kilog.

14 décemb. — Cicatrisation complète. — Poids : 69 kilog.

L'opéré part en congé. Il revient au régiment 9 mois plus tard, et

(1) Inédite.

examiné au point de vue d'un départ colonial, il est trouvé parfaitement guéri. Le foie a repris son volume, mais il reste un peu sensible. Le service de santé propose d'ajourner son départ pour les colonies.

Obs. CXXVII (1). — *Abcès du foie ouvert spontanément dans le péritoine et l'intestin, Péritonite enkystée.* — Opération (Dr Nègre). — *Mort.*

M. Élias do Carmo, oficier de la marine brésilienne, âgé de 21 ans, habitant temporairement la Seyne (Var), était atteint de diarrhée depuis 9 mois, quand il fut pris de symptômes d'hépatite. Conduit à St-Mandrier le 11 mai 1894, on constate un état d'amaigrissement et d'affaiblissement extrême ; diarrhée persistante. La matité du foie se confond au-dessous du rebord des fausses côtes avec une matité anormale de l'abdomen. Dans cette région, vers l'ombilic, on note une saillie de la grosseur d'une orange. Téguments soulevés, chauds, très douloureux au palper. Douleurs lancinantes à ce niveau depuis trois jours. Pas d'ictère, pas d'ascite. Rien du côté des urines. Rien aux poumons. Pas de fièvre actuelle.

14 mai. — *Opération.* — A 3 cent. en dehors de l'ombilic et au même niveau, incision longitudinale de 5 cent. sur le muscle grand droit : vascularisation exagérée ; ponction exploratrice dans la plaie ; il sort une certaine quantité de pus ; incision plus profonde, issue de 206 gr. de pus épais, mêlé de grumeaux.

Lavages à l'eau boriquée (12 litres). Deux gros drains qu'on fixe aux bords de la plaie. Pansement iodoformé.

15 et 16 mai. — Suites immédiates assez bonnes, pas de fièvre, lavages répétés, issue de pus grumeleux.

18 mai — Selles lientériques, mêlées de sang (sauce tomate).

19 mai. — On supprime un drain et l'on raccourcit l'autre.

22 mai. — Suppression du second drain.

25 mai. — Suppuration moins abondante. État général reste médiocre. Selles diarrhéiques. (Lait, quelques aliments légers, mal supportés.) Tempér. : 37,8.

29 mai. — Apparition de matières fécaloïdes dans la suppuration, gargouillements abondants, douleurs ombilicales. Les jours suivants, il y a écoulement abondant de matières fécales, et de pus rougeâtre, semblable à de la boue hépatique. On est obligé de refaire le pansement plusieurs fois par jour. Grande faiblesse ; amaigrissement extrême ; constipation.

15 juin. — L'état va s'aggravant; on note une escharre au sacrum.

18 juin. — Il apparaît une plaque de sphacèle à l'ombilic. Décédé le 20 juin.

Autopsie (résumée). — La cavité abdominale ouverte, on trouve dans la région incisée chirurgicalement, le péritoine épaissi, noirâtre, couvert de fausses membranes purulentes, et qui forme une cavité infundibuliforme, close, dans laquelle se trouve le pus et les matières fécales.

Le côlon transverse, réduit de volume, communique avec le cloaque

(1) Inédite.

chirurgical, par une perte de substance *à travers laquelle le poing pourrait passer.*

Au niveau correspondant, la face inférieure du foie est creusée d'une sorte de cupule, qui paraît correspondre à une cavité d'abcès qui, à peu près comblée maintenant, aurait eu primitivement un volume au moins égal à celui d'une mandarine.

Au-dessus de cette excavation, et séparée par une lame de tissu hépatique, est une autre ouverture irrégulière également tapissée par le péritoine, épaissie, et presque entièrement comblée. Vers le sternum, la péri-hépatite s'accuse par des placards purulents, et le foie y est très solidement adhérent au diaphragme. Le diaphragme, lui-même, est épaissi et fortement adhérent à la paroi costo-abdominale.

En voulant détacher le foie, qui est globuleux, on fait échapper brusquement un flot de pus jaunâtre, environ un litre et demi. Sur la face supérieure de l'organe on trouve quatre orifices, probablement fermés par des adhérences et qui, libérés par les manœuvres d'extraction, ont donné issue à cet écoulement. Ces orifices conduisent dans une vaste poche contenant un demi-litre de pus concret.

Cette poche occupe les 3/4 du volume du lobe droit, qui est réduit à une mince coque. Lobe gauche sain. Le foie, après évacuation des liquides, pèse 1,410 grammes. Poumon droit condensé à la partie inférieure. Les autres organes sont sains.

L'extrémité inférieure de l'intestin grêle et le gros intestin portent des plaques d'arborisation et de sugillation ecchymotiques résistant au lavage.

Obs. CXXVIII (1). — *Double abcès du foie, nostras, dysentérique. Le 1er, opéré par le Dr Nègre. Cholerrhagie. Le 2e abcès opéré par le Dr Fontan avec curetage. Guérison.* — Pierre, soldat, 29 ans. N'a jamais été aux colonies, habitant les Vosges et Paris, il s'engage au 8me de marine et vient à Toulon. Cinq mois après dysenterie et hépatite.

27 juillet. — Entré à Saint-Mandrier avec le billet suivant : « Abcès au foie. Depuis 13 jours à l'infirmerie. Temp. : s. 38°5. Région hépatique bombée et douloureuse. Ancien hémorrhoïdaire avec selles actuellement dysentériques ».

Douleur au foie le 9 juillet; à l'épaule droite quelques jours après. Fièvre modérée depuis une quinzaine de jours. 5 ou 6 selles dans les 24 heures. Etat général médiocre.

Région hépatique tuméfiée ; voussure considérable. Le foie déborde de 2 travers de doigt le rebord costal; œdème de la paroi. Hauteur du foie à la percussion, sur la ligne mamelonnaire, 17 c. 1/2.

A l'auscultation on perçoit un léger frémissement au niveau de la région épigastrique.

28 juillet. — Opération sous chloroforme. Une ponction préalable à l'appareil de Potain ayant donné issue à du pus, on fait une incision de

(1) Inédite.

12 cent. le long du rebord costal à 4 cent. de la ligne médiane. On sectionne une partie des insertions du droit antérieur. On constate des adhérences péritonéales nombreuses. Le bistouri est alors plongé dans le foie. Une quantité énorme de pus est évacué.

Le doigt introduit dans la poche ne parvient pas à trouver la paroi profonde de l'abcès.

Une curette s'enfonce à plus de 15 cent. en arrière, on procède alors à quelques manœuvres très modérées de curetage, mais on y renonce aussitôt.

Lavages avec la solution bichlorurée d'abord, puis boriquée. 2 gros drains à demeure. Pansement iodoformé.

Les suites de l'opération sont bonnes, le malade n'a pas de fièvre, il accuse un grand bien-être.

On fait les jours suivants des lavages boriqués qui amènent des débris sphacélés de l'organe.

Mais la diarrhée est toujours forte et l'insomnie persiste.

Les jours suivants l'état demeure assez satisfaisant.

Il s'écoule toujours un pus lie-de-vin et grumeleux.

9 août. — On supprime un drain.

Du 10 au 20 août la température s'élève, le soir, à 38°5. Selles lientériq ues.L'écoulement de pus est toujours abondant.

23 août. — L'écoulement de pus a diminué depuis deux ou trois jours et se trouvè remplacé par une cholerrhagie brusque et abondante; la coloration lie-de-vin primitive a cessé du même coup.

27 août. — Quelques nausées. Pas de selles. Météorisme. Cholerrhagie persistante, pas de pus.

29 août. — Depuis quelques jours l'état du madade périclite ; il s'affaiblit progressivement ; l'amaigrissement est extrême ; les selles lientériques sont fréquentes. La température monte le soir à 38° ou 38°5. L'abcès persiste assez vaste ne fournissant presque plus de pus, mais une quantité de bile considérable.

L'état général fait soupçonner la formation d'un second abcès. La cholerrhagie fait penser que ce second abcès doit comprimer les canaux hépatiques, au moins celui du lobe droit où siège l'abcès ouvert.

30 août. — Guidé par les motifs ci-dessus, et en explorant le creux épigastrique, le chirurgien y reconnaît une certaine induration profonde, et y pratique une ponction exploratrice. Issue de pus hépatique.

Aussitôt chloroforme. Incision vers la ligne médiane, à partir de l'extrémité interne de la première incision. On atteint la surface du foie qui est adhérente à la paroi ; incision transversale prudente, de 3 cent. seulement, à cause des vaisseaux du hile. Vaste abcès contenant environ 1 litre de pus phlegmoneux mêlé de parties sphacélées. Curetage méthodique; pas d'hémorrhagie. Plusieurs litres d'injection ressortent clairs sans pus ni sang. On n'arrête la toilette de l'abcès que quand l'eau ressort très claire. En explorant cette deuxième poche on s'assure qu'elle

est séparée de la première par une forte cloison de tissu hépatique de la région du hile. Ce deuxième abcès est évidemment dans le lobe gauche et une communication n'aurait pu être établie entre les deux poches qu'à travers la région des gros vaisseaux et des grands canaux biliaires. C'est vraisemblablement dans l'épaisseur de cette cloison que la compression des canaux biliaires se faisait, entraînant le reflux de la bile dans le premier abcès. — Soir, T. : 37°3.

31 août. — Le lendemain de l'opération l'écoulement de bile a presque disparu. Le liquide injecté dans les deux poches en sort limpide et sans le moindre grumeau. Il n'y a eu aucune hémorrhagie.

1er sept. — Liquide limpide, sans grumeaux. Une quantité de bile insignifiante colore encore le pansement. Quelques douleurs abdominales. Les selles sont encore liquides, mais tendent à l'amélioration. Pas de fièvre.

2 sept. — Selles liquides, bilieuses, légèrement lientériques ; au pansement, à peine quelques grumeaux, et très-peu de bile.

3 sept. — Amélioration. Liquide d'injection très-clair.

5 sept. — État général très satisfaisant. Amélioration des selles qui commencent à être moulées. Réduction considérable de la cavité de l'abcès. Suppression d'un drain. Poids du malade : 41 kilogr.

8 sept. — État excellent. Suppression du deuxième drain dans le deuxième abcès. On comble la cavité laissée vide à ce niveau par la vaseline iodoformée. Il reste encore un drain dans le premier abcès.

12 sept. — On supprime le drain du premier abcès dont la cavité est très réduite. Quant au second abcès, il est complètement guéri. État général excellent. Poids : 44 k. 500.

16 sept. — La plaie se réduit à une petite anfractuosité bourgeonnante qui n'intéresse plus que la paroi abdominale.

Les fonctions digestives se font très normalement et très activement, le malade engraisse, mange beaucoup. Il est guéri.

Nota. — Le pus recueilli avec les précautions de rigueur, au moment de l'ouverture du deuxième abcès, a donné à l'examen direct des cocci mobiles et des grappes bien formées. Les cultures sur pomme de terre ont donné en moins de 48 heures, de belles taches d'un jaune d'or formées de staphylococcus pyogenes aureus. Ces cultures ont été conservées comme échantillon type (Baucher).

Obs. CXXIX (1). — *Abcès d'origine dysentérique. — Opération transpleurale avec sutures — Curetage. — Guérison en 18 jours* (Fontan). — P. a servi au Tonkin il y a trois ans. Rentré dans ses foyers en 1892, il est devenu ouvrier dans une usine au Mourillon. Il s'adonne à la boisson.

En mai 1893, il est pris de fièvre, de point de côté hépatique et d'ictère. On le traite d'abord pour des coliques hépatiques. L'ayant examiné le

(1) Inédite.

5 juillet, je constate une tumeur sous le rebord des fausses côtes, vers l'emplacement de la vésicule. Cette tumeur est dure, étalée en largeur et mal limitée, ce qui me paraît éloigner l'idée d'une tuméfaction de la vésicule elle-même. Il y a une fièvre violente, un aspect presque typhique, avec langue rôtie, un ictère intense : le malade a eu, au milieu d'une constipation habituelle, une selle sanglante.

Une ponction exploratrice sous le rebord des fausses côtes n'amène rien ; une seconde ponction entre la neuvième et la dixième côtes amène du pus. Opération sous chloroforme, suivant la technique habituelle : incision parallèle à la neuvième côte ; résection de 6 cm. de celle-ci. Double ligne de sutures pleurales ; incision du foie ; issue d'un demi-litre de pus épais lie de vin. Curetage. Lavages bichlorurés puis boriqués. Mise en place de deux gros drains.

6 juillet. — État satisfaisant, pas de fièvre.

Suites excellentes sans incident.

10 juillet. — On retire le premier drain.

14 juillet. — On supprime le deuxième drain.

22 juillet. — Le malade est complètement guéri.

Obs. CXXX (1). — Rouer, sous-officier, âgé de 30 ans, ayant passé douze ans en Cochinchine, rentre en France en février 1894, et est envoyé à Saint-Mandrier le 1er mars pour une dysenterie rebelle et une hépatite suppurée diagnostiquée. A bord, il a refusé de se laisser opérer.

R... est dans le dernier état du marasme. Il a plusieurs selles lientériques par jour ; ne veut pas supporter le lait ; c'est un fumeur d'opium incorrigible. La matité hépatique s'étend du 4me espace intercostal à 3 travers de doigt, en dessous des fausses côtes. Il souffre du foie depuis sept années, par périodes ; mais actuellement la région est très douloureuse, tuméfiée, et la présence d'un vaste abcès est indubitable. Température du soir : 39°5.

Le malade, qui se sent à bout de forces, se décide à se laisser opérer le 5 mars.

5 mars.— Une ponction révélant la présence du pus dans le 9me espace intercostal, on procède à l'opération par l'incision transpleurale, avec résection de 6 centimètres de la 9me côte, suture des deux lèvres de la plèvre costale à la plèvre diaphragmatique, incision entre ces deux lignes de suture. Issue violente d'une grande quantité de pus blanc-grisâtre, mêlé de grumeaux rouges ou chocolat (environ 3 litres). Curetage de la poche. Vaste irrigation de l'abcès jusqu'à ce que l'eau boriquée ressorte claire. Pas d'hémorrhagie. Deux gros drains.

6 mars. — Etat très satisfaisant, pas de fièvre, pas de pneumothorax. Temp. : m. 37° ; s. 37°5.

7 mars. — Même état, avec grande faiblesse ; selles améliorées. Temp. : m. 36°8 ; s. 37°3.

(1) Inédite.

Le même jour, à 7 h. du soir, à la suite d'une quinte de toux, éclatent des phénomènes graves : anxiété respiratoire, point de côté très aigu ; fièvre. Temp. : 39°5.

8 mars. — Aggravation ; anxiété ; tympanisme abdominal et thoracique. Il s'est formé un pneumothorax. Temp. : 39°8.

9 mars. — Etat extrême ; vomissements ; écoulement d'une grande quantité de bile par la plaie. Mort dans la soirée.

Autopsie. — Aspect louche, terne du péritoine. Pus dans la cavité péritonéale. Au niveau du foie, plaques fibrino-purulentes de formation récente, notamment à la face concave, vers le rein, qui est fixé plus en dehors que d'ordinaire. Néanmoins, on ne trouve aucune ouverture d'une cavité suppurée dans le péritoine.

Plèvre gauche saine ainsi que le péricarde.

Pleurésie aiguë à droite, avec épanchement séro-purulent abondant dans la plèvre. Aucune adhérence ne s'est produite entre les deux foyers de la plèvre, au niveau de la suture. On y voit plutôt une surface ulcérée, à peine recouverte de quelques fausses membranes mal organisées.

Dans le foie, deux abcès. Le premier, ouvert chirurgicalement, proéminant à la face convexe où existent des adhérences anciennes et résistantes entre le foie et le diaphragme ; celui-ci n'est pas perforé. Cet abcès, grand comme une grosse orange, est entouré d'une zone de 1 cent. condensée et presque fibreuse ; il est tapissé en dedans de membranes fibrino-purulentes teintées par la bile. Le second abcès, situé en dessous, toujours dans le lobe droit, est plus petit, tout à fait enkysté, avec pus caséeux.

Au fond du grand abcès on trouve une ulcération qui s'ouvre dans le canal hépatique du côté droit. Le lobe gauche est sain. Le tissu du foie est généralement pâle, ni gras, ni sclérosé. Des ulcérations dysentériques existent dans tout le gros intestin.

Obs. CXXXI (1). — Le Coste, 37 ans, conducteur des ponts et chaussées, a passé 8 ans en Cochinchine. Rapatrié pour dysenterie et hépatite, il a présenté à bord des signes d'une ouverture de son abcès dans le péritoine. La péritonite paraît s'être localisée dans le côté droit. Ventre ballonné, tendu, très douloureux ; vomissements actuellement mêlés ainsi que la fièvre. Constipation ; une petite selle contenant du pus. Températures basses : 35°5 ; 36°2. Pouls à 120.

Les renseignements fournis par le médecin du bord nous apprennent qu'il y avait dysenterie chronique, puis hépatite suppurée avec tous ses signes depuis plusieurs mois; néanmoins 2 ponctions n'ont pas donné de pus. L'évacuation d'un abcès par les selles a été indubitable. L'irruption dans le péritoine, survenue très emmment, n'est aussi guère douteuse.

Le 6 mars 1894, à Saint-Mandrier, quoique la situation parût à peu près désespérée, on pratiqua une laparotomie sous-costale, une ponction ayant donné du pus dans cette région.

(1) Inédite.

L'incision suivant le bord costal mesurait 9 cent. L'extrémité interne flottante de la 10me côte fut réséquée. Aussitôt jaillit un flot de pus rougeâtre grumeleux. Ce pus était collecté dans une grande poche limitée en bas par les intestins agglutinés et en haut par le foie qui se trouvait caché sous le thorax. Pour mieux nettoyer ce foyer on réséqua le bord thoracique (9me côte), ce qui permit de s'assurer que la cavité suppurante s'étendait entre le diaphragme et le foie sur toute la face convexe de cet organe. A la face concave le côlon adhérait fortement au foie. Malgré de longues recherches, on ne put trouver ni perforation intestinale, ni cavité hépatique ouverte.

Ce vaste espace suppurant fut longuement irrigué, débarrassé du pus et des membranes qui l'encombraient, et drainé. Des mèches de gaze iodoformée furent introduites dans diverses directions et laissées deux jours dans la plaie.

Les jours suivants on nota un peu d'amélioration et l'on se berça de quelque espoir. Mais le 12 mars (6me jour) il y eut issue abondante de matière fécale par la plaie en même temps que des selles sanglantes.

Après 3 jours de grandes souffrances, dues au progrès de la péritonite, le malade succomba le 16 mars.

Autopsie. — La cavité péritonéale est tout entière encombrée d'adhérences. Une poche pleine de pus existe dans la fosse iliaque droite, s'étendant jusqu'à la vessie. Au fond de la poche sous-hépatique qu'avait ouverte la laparotomie, le côlon offrait une perforation, dont les bords étaient incomplètement soudés au foie par des adhérences. Après avoir détaché celles-ci on s'assure qu'il n'y a dans cette région aucun abcès du foie ouvert.

L'espace sus-hépatique est plein de pus et d'adhérences molles ; en séparant le foie du diaphragme on trouve l'abcès, origine de tous ces désordres, de la dimension d'un gros œuf, et ouvert à la face convexe. Le défaut d'adhérence bien organisée a permis au pus de s'écouler dans le péritoine.

Le gros intestin offrait d'anciennes lésions dysentériques.

Obs. CXXXII (1). — *Abcès du foie d'origine dysentérique, opéré par le Dr Fontan par laparotomie épigastrique. — Curetage du foyer. — Mort le 4me jour par péritonite.* — Monge, cuisinier à bord des Messageries maritines, a fait plusieurs voyages consécutifs à Madagascar ; a continué sa profession étant malade depuis longtemps de dysenterie et hépatite.

Le 25 juillet, appelé à la Ciotat pour voir ce malade, je le trouve dans un véritable état de marasme, avec fièvre hectique, dysenterie persistante. L'état local indique un énorme abcès du foie, faisant voussure en dessous des fausses côtes. L'opération est pratiquée aussitôt.

A un travers de doigt du bord costal, et parallèlement à lui, une incision de 9 cm., couche par couche, arrive au péritoine en détachant la moitié externe du droit abdominal. Dès que le péritoine est ouvert, je

(1) Inédite.

procède à la suture de la capsule de Glisson avec la lèvre inférieure de la plaie ; mais à plusieurs reprises des vomissements violents font hernier dans la plaie instestin et épiploon.

Après la suture, l'incision du foie fait écouler 1 litre et demi de pus chocolat. Curetage rapide, irrigations, mise en place de deux drains.

L'opération a été conduite très rapidement au milieu d'incidents chloroformiques, et à cause de l'état de faiblesse extrême.

26 juillet. — Etat assez satisfaisant, quoiqu'il y ait eu pendant plusieurs heures des phénomènes de shok. Lavages.

J'ai appris, par la suite, sans avoir pu suivre le malade, qu'il avait succombé le 4me jour, à la suite d'une péritonite suraiguë.

Obs. CXXXIII (1). — M. G..., médecin de 2e classe de la marine, âgé de 28 ans, a contracté une dysenterie au Soudan en 1892 ; les premiers symptômes d'hépatite se sont montrés en février 1893. Depuis le retour en France (juillet 1893), il y a eu plusieurs poussées d'hépatite en août 1893, en février et en juillet 1894, coïncidant avec le retour d'accès de fièvre violents. Dans l'intervalle des accès, il persistait un point douloureux à la pression, sur la ligne axillaire postérieure. Cependant on n'avait pas, dans divers examens, établi de présomptions formelles en faveur d'un abcès du foie, et l'on traitait les accès de fièvre comme des accès paludéens.

Le 5 juillet après-midi, une nouvelle poussée débute par un accès de fièvre avec frisson, lombalgie, point de côté hépatique, vomissements, état saburral des voies digestives. Temp. : 39°9. A l'entrée à l'hôpital, le foie est volumineux, surtout en arrière, douloureux à la pression. On perçoit du frottement sur la ligne axillaire postérieure, et une certaine obscurité respiratoire qui indique du tassement pulmonaire.

11 juillet. — Accès de fièvre. Temp. va de 38°7 à 39°9. Applications de ventouses sèches, injection de morphine, eau de Vichy glacée, lavement sulfate de soude et séné.

12 juillet. — Temp. matin : 37°3, soir : 39°8. On reprend l'usage du sulfate de quinine quoiqu'il n'ait guère agi.

13 juillet au soir. — Temp. : 39°1. Constipation.

14 juillet. — Eau de Sedlitz. Temp. : 38°4.

Le malade, convaincu qu'il est atteint d'abcès du foie, réclame une intervention chirurgicale qui est pratiquée par le Dr Fontan, en présence de M. le Dr Merlin, directeur du service de santé.

16 juillet. — *Opération.* — Entre la 8e et la 9e côte, sur la ligne axillaire postérieure, le point le plus élargi ayant été déterminé, le malade, préalablement endormi, une ponction amène du pus chocolat très hématique. Une petite quantité de ce pus est recueillie pour l'étude bactériologique. Le trocart est alors retiré, et l'opération transpleurale ordinaire est exécutée. Incision de 8 cm., sur les téguments parallèlement à la côte.

(1) Inédite.

Dénudation et résection de 6 cm. de la 8e côte. Incision de la plèvre costale ; celle-ci est épaissie, vascularisée et adhérente à la plèvre diaphragmatique. Les sutures étant inutiles, l'incision est faite d'emblée jusque dans le foyer hépatique (4 à 5 cm.). Ecoulement d'un demi-litre environ d'un pus lie de vin, mêlé de quelques grumeaux blancs. Curetage méthodique de toute la paroi de l'abcès. Celle-ci, explorée avec le doigt, est anfractueuse, s'étend surtout sur la convexité, et semble formée en avant par une cloison flottante qui donne la sensation d'une deuxième poche. Cependant une ponction faite en ce point ne donne pas de pus.

Deux gros drains ; lavage alternatif avec bichlorure et acide borique ; pansement iodoformé.

Soir. — Point de douleur, point de vomissement ; fièvre tombée ; état moral excellent.

17 juillet. —On renouvelle le pansement. Le liquide du lavage sort limpide. Temp. : m. et s. 37°.

18-19-20 juillet. — Temp. : de 36°5 à 37°. Amélioration rapide, on enlève un des deux drains (5me jour). (Œuf ; lait; tapioca ; vin de Bordeaux).

22 juillet. — On diminue le calibre du second drain.

27 juilllet. — On supprime le dernier drain. Le foie a diminué de volume. On entend la respiration jusqu'au niveau de la 9me côte. Il n'y a plus de suppuration.

30 juillet. — Il n'existe qu'une plaie, intéressant seulement la paroi. On y place deux points de suture au fil d'argent.

Etat excellent ; régime à volonté.

Le Dr G..., qui reprend chaque jour de l'embonpoint et des couleurs, reste à Saint-Mandrier jusqu'au 18 août, afin de consolider sa guérison, et part ensuite en congé pour Chartres.

Nota. — A l'examen bactériologique extemporané, sur lamelles : microcoques libres, en chaînettes et en grappes. Le procédé dit de la *goutte suspendue* permet de constater que ces microbes sont mobiles. Les cultures en divers milieux (Baucher) donnent des staphylocoques ; pas d'autres organismes.

Obs. CXXXIV (1). — *Abcès de foie contracté en Egypte ; incision abdominale. — Curetage. — Guérison en 13 jours* (Dr Fontan).— Marie R., 35 ans, domestique dans une maison bourgeoise, a vécu en Egypte, où elle a souffert d'une entérite, avec fièvre, et tuméfaction de la rate et du foie. Il y a près de deux ans, à Alexandrie, on lui fit deux ponctions exploratrices parce qu'il y avait présomption d'abcès du foie, mais ce fut sans succès.

12 mars 1894. — Cette femme est reprise de douleurs hépatiques depuis quelques jours avec quelques symptômes de pleurésie diaphragmatique : douleurs en demi ceinture, abaissement du foie, oppression,

(1) Inédite.

impossibilité de coucher sur le côté droit, fièvre vespérale. L'examen du foie montre l'organe nettement douloureux au-dessous du rebord des côtes, au niveau d'un empâtement sensible. La ponction exploratrice faite en ce point ramène du pus.

Incision de sept centimètres parallèle et tangente aux côtes, à cinq ou six centimètres de la ligne médiane. On trouve des adhérences péritonéales. L'abcès, ouvert, laisse écouler un verre de pus lie de vin. Curetage complet jusqu'à ce que l'eau des injections ressorte claire. Deux gros drains plongent de huit centimètres dans la plaie. Les suites sont très-bonnes. Pas de fièvre. Dès les premiers jours l'eau des injections ressort limpide. L'appétit renaît.

18 mars. — On supprime les drains. Plaie très réduite.

21 mars. — Il n'y a plus qu'une plaie tégumentaire.

25 mars. — Guérison complète.

Obs. CXXXV (1). — *Abcès du foie nostras, sans cause connue, traité par le curetage. — Guérison très rapide* (Dr Fontan). — Leoni, 28 ans, originaire de la Corse, n'a habité que son pays et Toulon, où il a fait son service militaire. Actuellement après un nouveau séjour de 1 an en Corse, il est revenu à Toulon comme ouvrier du port. Il n'a pour antécédents pathologique qu'une fièvre (?) ayant duré 15 jours l'année dernière. Il fut envoyé à St-Mandrier, pour fièvre, il y a deux semaines, et l'on s'est aperçu d'une voussure douloureuse à l'épigastre il y a quelque jours.

10 septembre 1894. — La tumeur de l'épigastre que l'on avait prise pour une hernie de la ligne blanche, et qui a sensiblement grossi depuis deux jours, est exactement située sur la ligne médiane, à mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde. Elle est peu douloureuse, dure, obscurément œdémateuse. La percussion et l'auscultation (transmission des battements du cœur) prouvent qu'elle est en continuité de tissu avec le foie. Cet organe est vaguement douloureux. Les digestions sont difficiles, l'appétit nul; il y a de la constipation, et un peu de fièvre le soir. Amaigrissement et teint subictérique.

Le diagnostic d'abcès du foie s'impose à peu près, et une ponction aspiratrice vient aussitôt le confirmer.

11 septembre. — Chloroforme. Incision verticale sur la ligne médiane, de 5 cm. de hauteur. Dès que l'on arrive au péritoine, le pus hépatique grumeleux s'échappe en abondance (un demi-litre environ). Le doigt explorant l'intérieur de la cavité, reconnaît les dimensions d'une poche assez vaste, dont le fond est difficile à atteindre ; on y trouve des anfractuosités, des tractus qui la cloisonnent, et un diverticule étendu, qui s'enfonce en haut et à droite. Les parois donnent au doigt la sensation molle, frangée, veloutée, des abcès récents de la glande hépatique.

Un curetage méthodique, pratiqué avec prudence, donne issue à une grande quantité de grumeaux putrilagineux

(1) Inédite.

Une légère hémorrhagie s'étant déclarée, et n'ayant pas cédé à des injections très chaudes, on tamponne la plaie avec des bandelettes de gaze iodoformée.

Soir. Etat satisfaisant. Temp. : 37°. Pas d'hémorrhagie.

12 sept. — L'état général est bon ; le malade accuse beaucoup d'appétit (tapioca, œufs, lait). On ne refait pas le pansement.

13 sept. — On fait le pansement. L'irrigation ressort absolument limpide. On laisse un gros drain, enfoncé de 8 à 10 cm., à la place du tampon de gaze. T. : 36°9.

14 sept. — La plaie bourgeonne. Le liquide des injections sort très clair. On supprime le drain, et l'on remplit la cavité béante avec de la vaseline iodoformée. Le malade réclame toujours la nourriture.

17 sept. — Il n'existe qu'une petite plaie, bourgeonnante, et n'intéressant que la paroi. Le malade se lève.

19 sept. — On peut considérer la guérison comme complète (8 jours).

Nota. — L'examen bactériologique du pus recueilli au moment de la ponction, d'un examen direct très facile, a montré très nettement : cocci isolés, mobiles, et de nombreuses grappes, relativement bien formées. Les cultures sur bouillon et pomme de terre, ont été très discrètes : le bouillon s'est à peine troublé, et sur pomme de terre on n'a relevé qu'une petite tache brune (Baucher).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

I. Période ancienne.

Arétée : *De causis et signis acut. morb.*, lib. II, cap. VII. — *De causis et not. diut. morb.*, lib. I, cap. XIII, in H. Stephan : *Medicae artis principes post Hipp. et Galenum*, 1567, t. I, et A. Haller : *Artis medicae principes*. Lausan., 1772, t. V. — Archigène : *De Hepatis abscessu*. in *Aëtii Medicinae tetrabibli*, lib. III, Serm. II, cap. IV et V. H. Stephan, t. II. — Aetius : *Medicinae tetrabibli*. H. Stephan, t. II. — Alexandre de Tralles : *De arte medicâ*, lib. VIII. H. Stephan, t. I, et A. Haller, t. VI. — Avicenne : *Canon medicinae*, op. omnia. ex Gerardi Cremonensis versione. Venetis, 1608. — Albucasis : Traduct. Channing. Oxonii, 1778, vol. I.

Celse : *De medicinâ*, édit. de l'Encyclopédie, 1837.

Galien : *Œuvres*, traduct. Daremberg, 1856. *Des lieux affectés*, etc.

Hippocrate : traduct. Littré. *Aphor. Epidémies. Affect. internes*, etc. — Hali-Abbas : *Pratique*, lib. IX.

Oribase : *Synopseus ad Eusth. filium*, lib. IX, H. Steph, t. I.

Paul (d'Egine) : *De re medicâ lib. septem*. H. Steph., t. I.

(1) Le livre d'Allan Webb (*Pathologia Indica*), la *Pathologie* de Franck, le *Traité de pathologie interne* de Behier et Hardy, celui de Jaccoud (2e et 7e éditions), l'article de Rendu, in Dict. Encyclopédique des Sciences méd., le *Traité des maladies des pays chauds*, de Corre, la *Revue des Sciences médicales* (Hayem), la *Rev. internat. de bibliographie* (J. Rouvier), nous ont servi à dresser cet index bibliographique; mais nos recherches *personnelles* y ont largement contribué.

II. Période moderne

Anonyme (David probablement) : *Manière d'ouvrir et de traiter les abcès à portée de la main du chirurgien.* Paris, 1765. — Audouillé : Mém. de l'Acad. roy. de Chirurgie, édit. de l'Encyclop. Paris, 1837, t. II. — Annesley : *Sketches of the most prevalent diseases of India.* Lond., 1825 et 1829. — Du même : *Researches into the causes nat. and treat. of the more preval. dis. of India and of warm climates generally.* Lond., 1828. — Abercrombie : *Patholog. and practic. researches on dis. of the stomach, the intest. canal, the liver and other viscer. of abdomen.* Edimb., 1828. — Allman : *4 cases of hépat. absc. in H. M. 4th (King's own) régt in which exploration and puncture of the liver was had recourse to.* Madras Quarterly med. Journal, 1841, vol. III. — Anderson : *Case of. hepatit. terminating in absc. with operation,* etc., ibid., janv. 1844. — Allan : *Death from. hepat. absc. bursting into the pericardium.* The Lancet, juin 1845.

Bonnet (Th.) : *Sepulchretum sive anatomia practica ex cadaveribus morbo denatis indagata.* Genev. 1700, t. II. — Bianchi : *Historia Hepatica.* Genev. 1725. — Bontius : *Methodus medendi.* Lugd. Batav., 1745. — Bajon : *Mémoires pour servir à l'histoire de Cayenne et de la Guyanne française,* Paris, 1777. — Bertrandi : *De Hepatis abscessibus qui vulneribus capitis superveniunt.* Mém. de l'Ac. roy. de Chirurg. Edit. de l'Encyclop., 1837, vol. II. — Bell : *A treat. of the theory and pratice of surgery,* 3e édit. Edimb. 1791. — Boudoumet : *Essai méd. chirurg. sur l'hépatitis et les dépôts qui en sont la suite.* Th. Paris, 1804. — Bampfield : *a pract treatise on tropic. dysent.* Lond., 1819. — Bouillaud : *Abcès enkystés du foie.* Arch. gén. de méd. 1825. — Borsieri : *Institut. medicinae practicaæ.* Lipsiæ., 1836. — Bassal : *Essai sur l'hépat. aig.* Th. Montp., 1826. — Barbot : *Essai sur l'hépat. aig.* Th. Montp., 1827. — Bonnet (Aug). : *Traité des maladies du foie.* Paris, 1828. — Du même : *Traité complet théorique et pratique des maladies du foie.* Paris, 1841. — Broussais (F. J. V.) : *Examen des doctrines méd. et des syst. de nosologie.* Paris et Brux., 1829. — Bégin : *Mém. sur l'ouvert. des collections purul. de l'abdomen.* Journ. univers. hebd. de méd., 1830. t. I. — Bouyer : *Essai sur l'hépatite.* Th. Montp., 1832. — Baikie : *Obs. on the Neilghirries.* Calcut., 1834. — Baudelocque : *Affect. du foie simulant une phtis. pulmonaire.* Gaz.

méd. Paris, 1834. — BEUSCHER : *Quelq. mots sur l'hépat. aig.* Th. Montp., 1837. — BROUSSAIS (C.) : *Réflex. sur les abcès du foie.* Rec. de mém. de méd., de chirurg. et de pharm. milit., t. LV, série I, 1843. — BUDD : *On dis. of the liver.* Lond., 1845. — BALY : *Gulstonian lectures on dysent.*, 1847. — BALLOT : *De la dysent. endémiq. des pays chauds marécageux.* Th. Montp. 1847. — BENTLEY : *Absc. of the liver bursting into the pericardium.* Lond. méd. gaz., 1848, XLII.

CLEGHORN (G.) : *Obs. on the epidem. dis. in. Minorca.* Lond., 1762. — CLARCK (Jhn) : *Obs. on the dis. in long. voyages in hot climates.* Lond., 1773. — CAMPET : *Essai pratique des maladies graves des pays chauds.* Paris, 1802. — CURTIS (Ch.) : *On account on the dis. of India.* Édimb., 1807. — CHAPOTAIN : *Topograph. méd. de l'Ile-de-France.* Paris, 1812. — CHOPPY : *Considér. sur l'hépatitis.* Th. Montp., 1814.— CULLEN : *Éléments de méd. pratique*, traduct. Bosquillon, édit. de 1819. — CALVÉ : *Q. considér. sur la formation et l'ouvert. des abcès du foie.* Th. Paris, 1826. — CASTAINGS : *Essai sur l'hépat. aig.* Th. Montp., 1827. — CRUVEILHIER : Art. *Foie* du Dict. de méd. et de chirurg. prat., 1832. — Du même : *Anat. path. du corps humain*, livraison XVI. — CONWELL : *A treat. on the functionnal and structural changes of the liver.* Lond., 1835. — CARSWELL. *Hepatitis.* The Lancet, 4 mai 1839. — CURRIE : *Case of acute hepatitis, with enlargement and probably absc. of the liver, which subsided gradualty on the appearances of purulent deposit in the urine.* Madras Quart. méd. Journ., 1842, vol. IV. — CATEL : *Mém. sur la dysent. des pays chauds.* Paris, 1842. — COTHEREAU : *Essai sur l'hépat. aig.* Th. Montp., 1844. — COLLAS : *Q. considér. sur la dysent.* Th. Montp., 1845. — CATTELOUP : *Mém. sur la coïncidence de l'hépat. et des abcès du foie avec la diarrhée et la dysent. endémiques dans la province d'Oran.* Rec. de mém. de méd. milit., t. LVIII, série I, 1845. — Du même : *Recherches sur la dysent. du Nord de l'Afrique.* Ibid, série II, t. VII, 1851. — CAMBAY : *Traité des malad. des pays chauds, et spécialement de l'Algérie. De la dysent. et des maladies du foie qui la compliquent.* Paris, 1847. — CASTEL : *Essai d'un guide sanitaire de l'Européen au Sénégal*, Th. Montp., 1850. — COMPARDON : *Essai sur l'étiologie et le traitement des abcès du foie.* Th. Montp., 1850.

DAVID : *Mém. sur les abscès*, etc. Prix de l'Ac. roy. de chirurg., t. IX et X, 1778. — DANCE : Arch. gén. de méd., t. XVIII, 1828. — Du même : Art. *Abcès métastatiques* du Dict. en 30 vol. — Du même :

Arch. gén. de méd., t. XIX, 1829. — Durand (L.-A.) : *Essai sur l'hép. aig.* Th. Montp., 1830. — Dalmas : *De l'hépatite chronique ou obstructions du foie observées dans l'Inde.* Th. Montp., 1835. — Dubarry : *Essai sur l'hép. observ. dans les pays chauds.* Th. Montp., 1844. — Delord : *Q. réflex. sur le Sénégal et la dysent. observ. dans ce pays.* Th. Montp. 1845. — Daniell (W.-F.) : *Sketches of the med. topograph. and native dis. of the gulf of Guinea*, Lond., 1849.

Eon : *De l'hépatite.* Th. Paris, 1847.

Fabrice de Hilden : *Opera quæ extant omnia.* Francfurt, 1646 Centur. II et de *Efficaci medicina* (pyroth. chirurg.) — Fabrice d'Aquapendente : *Œuvres chirurg.* Lyon, 1760, part. seconde. — Fernel : *Universa medicina*, Genev., 1680. Patholog. lib. VI. — Fermin : *Traité des malad. les plus fréquentes a Surinam.* Maestricht, 1764. — Fontana : *Des malad. qui attaquent les Europ. dans les pays chauds.* Paris, 1818. — Férus et Bérard : *Mal. du foie*, in Dict. en 30 vol., 1836. — Floyd (J. C.) : *Report on dis. which have occured in the H. C's steam flotille on the rivers of Mesopotamia, from the 1st January to the 31st decemb. 1839*, etc. Transact. of the méd. Soc. of Bombay, 1841. N° IV. — Frank : *Traité de path. int.*, édit. de l'Encyclop, t. VI, 1845. — Fauconneau-Dufresne : *De la curabilité des abcès hépatiques.* Soc. méd. de Paris, 20 mai 1846, et Rev. méd. française et étrangère, 1846, vol. I. — Du même : *De l'ouverture, par les bronches, des abcès et des kystes acéphalocystes du foie.* Union méd., oct. 1850.

Goursand : *Sur la métastase*, etc. Rec. des pièces de l'Ac. roy. de chirurg., t. VI, 1775. — Girdlestone : *De Hepatitide*, dissert. inaug. Lugd. Batav., 1787. — Du même : *Essays on the hepatitis.* Lond. 1788, trad. ital. Pavia, 1793. — Griffith : *An Essay on the common causes and prevention of hep. as well as in India as in Europa.* Lond., 1817. — Giraud (J. Jacq.) : *Essai sur l'hépat. aig.* Th. Montp., 1825. — Gonet : *Q. réflexions sur l'hépat. aig.* Th. Paris, 1827. — Graves : *Clinical observ. on hepat. absc.* Dublin hosp. rep., 1827, t. IV. — Du même : *Hepat. absc. opening through the pericardium.* The Philadelph. Monthly Journ. 1827. — Du même : *Mortification of the liver. gangrene.* Medic. chirurg. review. Lond., oct. 1833. — Du même : *Hepatic absc. opening into the stomach by three perforations, also into the pericardium-Pericarditis-pleuritis.* Dublin Journ. of méd. sc.,

vol. XIV, 1839. — Du même : *Clinique méd.*, traduct. Jaccoud. Paris, 1860. — Geddes (W.) : *On absc. of the liver in Europ. subjects at the Madras presidency.* Transact. of med. and physic. Soc. of Calcutta, t. VI, 1833. — Du même : *Clinical illustrations of the dis. of India.* Lond., 1846. — Gaidan : *Essai sur l'étiologie de l'hépat.* Th. Paris, 1837. — Godineau : *De l'hygiène des troupes aux Antilles françaises.* Th. Montp., 1844. — Du même : *Etude sur l'établissement de Karikal.* Paris, 1858.

Haller (A.) : *Opuscula pathologica.* Lausan., 1755. — Haase : *De abscessibus hepatis.* Th. Leipsig, 1776. — Hunter (W.) : An *essay on the dis. incident. to Indian seamen or lascars on long voyages.* Calcut., 1804. — Hebréard : *Mémoire sur les terminaisons de l'hépatite.* In Mémoires de la Société médicale, tome VII. — Hamon : *Relat. d'une épidémie de dysent.*, etc. Th. Montp., 1832. — Hamilton and Dartnell : *Med. history of H. M. 41st Reg. from Jan. 1832 to Décemb. 1834.* Madras quart. med. journ., vol. III, 1841. — Henderson : *Med. Reports of H. M. 48th Reg. of foot.* Ibid. — Hunter (R. H. A.) : *Statistic review of the climates of the principal stations for Europ. troops in the Bombay presidency.* Transact. of the med. Soc. of Bombay, 1841, et Madras quart. med. journ., 1842, vol. IV. — Du même : *Annual med. rep. of H. M. 2d or Queen's royal reg. from the 1st of April 1841, to the 31st of March. 1842.* Transact. of the med. Soc. of Bombay, 1842, n° V. — Haspel : *Mémoire sur les abcès du foie.* Rec. de mém. de méd., etc., milit., 1re série, t. LV, 1843. — Du même : *Traitement des abcès du foie.* Gaz. méd. de Paris, 1846. — Du même : *Recherches sur le ramollissement du foie.* Ibid., 1847. — Du même : *Maladies de l'Algérie*, etc. Paris, 1850. — Hervé : *Topograph. méd. du Sénégal : un mot sur l'hép.* Th. Paris, 1845. — Hyslop : *Med. topograph. of Baghdad.* Transact. of the med. Soc. of Bombay, n° X, 1850.

Jarron : *Essai sur l'hépatitis aig.* Th. Montp., 1823. — Johnson and Ranald Martin. *The influence of tropic. climates on Europ. constitutions.* Lond., 1841.

Lesné : *De hepatis abscessibus*, etc... Th. de Paris, 24 nov. 1753. — Lommius (Van Lom). *Tableau des maladies.* Traduct. Le Mascrier. Paris, 1765. — Lieutaud : *Précis de la méd. pratique.* 3e édit. Paris, 1769. — Lind : *An Essai on dis. incidental to Europ. in hot climates.* Lond., 1771. — Legerais : *Dissert. sur l'hépat. aig.* Th. Montp., 1823. — Lajonquière (de) : *Essai sur l'hépat. aig.*

Th. Montp., 1824. — Louis : *Recherches anat. path.* Paris, 1826. — Larrey : *Clinique chirurg.* T. II, Paris, 1829. — Levacher : *Guide méd. des Antilles*, etc. Paris, 1834. — Du même : *Abcès fistul. communiquant avec la vésic. bil., extraction de 16 calculs bil. : Guérison.* Journ. de Chirurg., 1846. — Langlois : *De l'hépatite.* Th. Paris, 1834. Laveran : *Documents pour servir à l'hist. des malad. du Nord de l'Afrique.* Rec. de mém. de méd., etc., milit., 1re série, t. LII, 1842. — Du même : Art. *Algérie* du Dict. Encyclop. des sc. méd. (Dechambre). — Legendre : *Recherches anat. path. et cliniques.* Paris, 1846.

Manget (Jacob) : *Bibliotheca medico-practica.* Genev., 1685, et *biblioth. chirurg.*, Genev., 1721. — Morgagni : *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis.* Lovanii, 1766. — Motte (de la) : *Traité complet de chirurg.*, 3e édit. Paris, 1771. Mathehs (Etienne) : *Obs. on hepatic diseases incidental to Europeans in the Indies.* London, 1783. — Morand : *Sur les abcès du foie.* Mém. de l'Acad. roy. de chirurg., t. IV, 1774, édit. de l'Encyclop., 1836, t. I. — Martel : *Dissert. sur l'hépatitis.* Th. Montp., 1810. — Monlon : *Dissert. sur l'hépatitis.* Th. Montp., 1816. — Mérat : *article « Foie »*, in Dict. des sciences médicales. Paris, 1816. — Marshall : *Notes on the med. topograph. of the interior of Ceylon*, etc. Lond., 1821. — Mas Engerolles : *Dissert. sur l'hepatitis aig.* Th. Montp., 1823. — Mason Good : *The study of medicine.* Lond., 1825. — Mouat : *On the climate of Bangalore. and the prevalence of hepat. at that station.* Transact. of the med. and physic. Soc. of Calcutta, vol. VI, 1833. — Du même : *Case of hepat. absc. in which examination by exploratory needle was had recourse to.* Madras quart. med. journ., vol. IV, 1842. — Du même : *Obs. which accompained. the annual return of sick of H. M. 13th light dragoons from the first April 1839 to the 18th of february 1840*, etc., ibid. — Monier des Taillades : *Dissert. sur l'hépat. aig.* Th. Montp., 1834. — Malewictz : *Essai sur l'hépat. aig.* Th. Montp., 1834. — Malcomson : *On a peculiar symptom occuring in some cases of enlarged liver.* Med. chirurg. transact. of London, 1838, vol. XXI. — Murray (John) : *Obs. on the climate of the Mahabuleshwar hills.* Transact. of the med. and physic Soc. of Bombay, vol. I, 1838. — Du même : *Case of hepat. absc. bursting externally.* Madras quart. med. journ., vol. III, 1841. — Mockler : *Continuation of the case of James Mac Eldoom*, ibid. — Malle : *Méd. opératoire.* Encyclop. des sc. méd. Paris, 1841. — Mac gregor and Stark : *Méd. : History of H. M.*

39th reg., etc. Madras quart. med. journ., vol. III, 1842. — Morgan : *Case of hepat in which there was a plurality of absc.*, ibid. — Moffat : *Medico-historical abstract of the 1st year's service in the East Indies, of H. M's 14th Reg. of light dragoons, at Kirkee, under the Bombay presidency.* Transact. of the med. Soc. of Bombay, n° V, 1842. — Medical topography and statistics of the presidency of Madras, 1843.— Morehead : *Cases illustrative of the path. of the dis. of. Bombay.* Transact. of the med. Soc. of Bombay, 1843. — Du même : *Clinical researches on dis. of India.* Lond., 1856. — Miller : *Case of hepat. absc. in a boy ten years of age*, etc. Transact. of the med. Soc. of Bombay, 1843, Appendix.— Madras quart. med. journ., oct. 1844 : *Return shewing the results of the operat. of puncturing hepat. absc. being an epitome of all the cases avoilable.*— Mac Kinnon (Kenneth) : *A treat. of the public health... and prevaling dis. of Bengal*, etc. Cawnpore, 1848. — Meunier: *Consid. sur l'hepat. et les abcès du foie.* Th. Paris, 1850.

Noel (V. A.) : *Quelq. réflexions sur l'hépat. aig.* Th. Montp., 1837. — Nicoll (Andrew) : *On essay on the nat. and treat. of hepat.* Madras quart. méd. Journ., vol. III, 1841.— Nicholson : *Tables shewing the comparative prevalence and mortality of the princip. classes of dis. amongst the H. M. troops serving at the diff. stations in the Madras presidency.* Ibid., vol. VI, oct. 1844.

Ormerod : *Suppurat. inflamm. of the liver with inflamm. of the portal veine.* Th. Lancet, 1846.

Paré (A.) : *Œuvres*, liv. X. Paris, 1585. — Pringle : *Obs. sur les malad. des armées*, 1752, édit. de l'Encyclop. — Pouppé-Desportes : *Hist. des malad. de St-Domingue*, Paris, 1770. — Petit (J. L.) : *Remarques sur les tumeurs formées par la bile*, etc., Mém. de l'Ac. roy. de chirurg., 1774, édit. de l'Encyclop., 1831. — Petit (le fils) : *Des apostèmes du foie.* Ibid., 1774, t. VI. — Pouteau : *Œuvres posthumes*, Paris. 1783. — Portal (Ant.). : *Obs. sur la nat. et le trait. des malad. du foie.* Paris, 1813. — Pourcin : *Essai sur l'hépatitis.* Th. Montp., 1816. — Plouviez : *Essai sur l'hépat.* Th. Montp., 1819. — Puibaraud : *Essai sur l'hépatite*, Th. Montp., 1831.— Pearson : *On the climate of Canton as a ressource for invalids from India.* Transact. of the med. and physic. Soc. of Calcutta. — Pzzeslarowski : *Essai sur l'hépat. aig.* Th. Montp., 1835. — Peace : *Case of hepat. absc. opening into the right lung*, etc. Journ. of med. sc. vol. XLI, 1837. — Du même : *Hepat. absc. communicating with absc. in righ lung*, etc.

Ibid. — PARRY : *Case of puncture of the liver in hepat. absc.* Madras quart. méd. Jour. vol. V, 1843. — PROS : *Essai sur l'hépat.* Th. Montp., 1845. — PARKES : *Remarks on the dysent. and hepat. of India.* Lond., 1846. — Du même : *On some points connected with the elimination of nitrogen from the human body.* The Lancet, avril 1871. — Du même : *A manual of practical hygiene.* Lond., 1873.

QUESNAY : *Traité de la suppuration*, 1770. — QUEYRIE : *Essai sur l'hépatitis.* Th. Montp., 1805.

RONDELET : *Op omnia*, 1620. — ROULY : *Dissert. sur les dépôts qui ont lieu au foie consécutivement aux blessures.* Th. Paris, 1803. — ROSSIGNOL : *Essai sur l'hépatitis.* Th. Montp., 1810. — RIGAL : *Essai sur l'hépatitis.* Th. Montp., 1819. — RESSAYRE : *Essai sur l'hépat. aiguë.* Th. Montp., 1821. — RIVES : *Essai sur l'hépat. aig.* Th. Montp.; 1826. — ROCHE : art. *hépatite* du Dict. de méd. et de chirurg. pratiques, 1833. — RIBES : *Mém. et Obs. d'anat., de physiolog., de path. et de chirurg.* Paris, 1841-45. — ROGERS (S.) : *Case of hepat. absc. with fatal termination from hemorrhage into the sac which passed then thro'the gall. ducts into the intestines.* Madras quart. med. journ., vol. IV, 1842. — RENARD : *Abcès du foie, suite d'hépat. aig.* Rec. de mém. de méd. milit., série 1re, t. LV.

SENNERT (D.) : *Op, medicinae practic.* lib. III, Lugd. 1656. — SAUNDERS : *Obs. on hep. in India.* Lond., 1809. — SALVA : *Dysent. des Antilles.* — STOKES (W.) : *Hepat. absc.* Lond. med. and surg. Journal, 12 avril 1834. — Du même : *Inflamm. and absc. of the abdominal parietes over the hepat. region.* Ibid. — Du même : *Case of aneurism. of the hepat. artery.* Ibid. 19 avril 1834. — Du même : *On the connexion of hepatic with gastro-duodenal dis.* Ibid., 26 avril 1834. — SEGOND : *Aperçu sur le climat et les malad. de Cayenne.* Journal hebdomadaire, 1835. — STEWART : *Absc. of the liver bursting spontaneously into the thorax and terminating sucess fully.* Calcutta Quart. Journal, n° 2, 1837. — SMYTH (W. R.) : *Two cases of hepat. absc. explored and punctured.* Madras Quart. Med. Journ., vol. III, 1841. — SHANKS : *Rep. on the dis. in H. M. 55th Reg.* Ibid. — SINCLAIR : *Case of hepat. absc. in which exploration and puncture were performed.* Ibid. — SIMON : *Obs. d'abcès du foie consécut. à une gastro-colite.* Rev. de mém. de méd. milit., 1re série, t. LV, 1843. — SIGAUD : *Du Climat et des maladies du Brésil.* Paris, 1844. — SOUTY :

Considér. gén. sur les mal. des Europ. dans les climats chauds. Th. Montp., 1845. — SIMONOT : *De la dysent. au Sénégal et aux Antilles.* Th. Montp., 1850.

THIEULLIER : *An dubio hepatis in abcessu præmittenda*.... cité in art. Foie du Dict. des Sc. méd., 1816. — THOMAS (Robert) : *Nouveau trait. de méd. pratique.* Traduct. Hipp. Cloquet, 1818, t. I. — TONNELÉ : Journ. hebd., 1829, t. IV. — TWINING (W.) : *Clinical illustrations of the more import. dis. of the Bengal.* Calcut., 1835. — THÉVENOT : *Traité des malad. des Europ. dans les pays chauds.* Paris, 1840. — THOMSON : *Practical treat. of the dis. of the liver and biliary passages.* Edimb., 1841.

VAN SWIETEN : *Commentaria in Herm. Boerhaave aphorismos*, 1758.

WILSON : *On hepatitis.* Lond., 1817. — WEBB (Allan) : *Pathologia Indica.* Calcut., 1848.

III. — PÉRIODE CONTEMPORAINE

ARMAND : *L'Algérie méd.* Paris, 1854. — ARNAUD (A.) : *L'hôp. marit. de Thérapia pendant la guerre d'Orient.* Paris, 1859. — ARCKEN (VAN) : *Hepat. in the tropics.* Dublin Hosp. gaz., 1857. — AMALBERT : *De l'hépat. des pays chauds.* Th. Montp., 1862. — AITKEN (W.) : *The science and practice of medicine.* Lond., 1872. — ARNOULD (J.) : *Abcès et infarctus du foie et de la rate.* Gaz. méd., 1872. — ARNAUD : *Essai sur les rapports des affect. du foie avec la dysent. des pays chauds.* Th. Paris, 1873. — ARON : *Abcès du foie évacué par les bronches.* Gaz. des hôp., 1874. — AUGER : *Abcès du foie pris pour une pleurésie purulente; empyème.* Bull. de la Soc. anat., 1875. — ALEXANDER : *Absc. of the liver; recovery.* The Lancet, 1875, vol. I. — ASHBY : *A case of pyæmic absc. of the liver secondary to an ulcer of the cæcal appendix, resulting from impaction of a pin.* Lancet, 1879, vol. II. — AYME : *Traitement des abcès du foie à l'hôp. de Shang-Haï.* Arch. de méd. nav., 1880. — AUBEUF : *Contribut. à l'étude de l'hyg. et des malad. dans l'Inde.* Th. Paris, 1882. — ARÈNE : *Q. obs. médico-chirurg. recueillies à la Nouvelle-Calédonie.* Th. Bordeaux, 1885. — ARNAUD : *Considér. sur l'hépat. supp. de nos climats.* Marseille, 1887. — Du même : *Hépat. supp. aig. de nos climats.* Congr. de Marseille, sept. 1891. — ARNAUD et D'ASTROS : *Microbes dans les abcès du foie.* Ibid. — Des mêmes :

La recherche des microbes dans l'abcès du foie, etc. Revue de méd., avril 1892. — Allwright : *A case of tropic. liver absc. antisept. incis. and drainage : recovery*. The Lancet, 1888, vol. II. — Achalme : Soc. anat., 1890. — Aubert : *Étude sur les abcès aréolaires du foie*. Th. Paris, 1891.

Blondeau : *Des abcès du foie*. Th. Paris, 1851. — Bertherand : *Considér. sur divers cas d'abcès du foie*. Gaz. des hôp., 1853. — Berville : *Remarques sur les malad. du Sénégal*. Th. Paris, 1857. — Boudin : *Trait. de géograph. et de statistique méd.* Paris, 1857. — Bristowe : *On the connexion between absc. of the liver and gastro-intest.*, etc. Transact. of the Path. Soc. of Lond., 1858. — Du même : *A treatise of the theory and pract. of med.* Lond., 1880. — Bertulus : *Leçons cliniq. sur les malad. du foie*. Gaz. des hôp., 1859. — Berg : *Étude sur l'étiolog. de l'hépat. observ. au Sénégal*. Th. Paris, 1860. — Béal : *Q. considér. sur les malad. observ. au Sénégal*. Th. Paris, 1862. — Behier et Hardy : *Traité élément. de path. int.*, t. II, 1864. — Bourgarel (Adolphe) : *De la dysent. end. dans la Cochinch. française*. Th. Montp., 1866. — Bernard (François) : *De l'influence du climat de la Cochinch. sur les malad. des Europ*. Th. Montp., 1867. — Buccling : *Fälle von leberabsc*. Th. Berlin, 1868. — Bourdillat : *Abcès du foie ouv. dans le périt*. Gaz. des Hôp., 1868. — Berger : *Considér. hyg. sur le bataillon des tirailleurs sénégalais*. Th. Montp., 1868. — Béhier : *Abcès du foi lié à une dysent. chronique*. Gaz. des Hôp., 1869, nos 116 et 117. — Blanc (H.) : *Absc. of the liver. a new. treat. employed succesfully in four cases*. The Lancet, 1869, vol. II. — Du même : *On the causes of hepat. absc*. Th. Lancet, 1886, vol. I. — Bernard (A.) : *Q. considér. sur l'hépat*. Th. Montp. 1872. — Black : *Absc. of the liver : operat. recovery*. The Lancet, mai 1872. — Bourel-Roncière : *La station nav. du Brésil et de la Plata*. Arch. de méd. nav., 1872, t. XVIII. — Borius : *Hépat. abcès du foie d'orig. traumat*. Gaz des Hôp., 1866, n° 49. — Du même : *Recherch. sur le climat du Sénégal*. Paris, 1875. — Du même : *Topograph. méd. du Sénégal*, Arch. de méd. nav., 1882, t. XXXVII. — Bourse : *La Californie*. Arch. de méd. nav., 1876, t. XXV. — Brouardel : *L'urée et le foie*. Arch. de physiolog., 1876. — Bergès : *Etude sur les abcès du foie consécut. à la dysent. des rég. tempérées*. Th. Paris, 1876. — Bokai : *Abcès du foie consécut. à la f. typh*. Pester. med. chirurg. Presse, n° 20. — Bérenger-Féraud : *Traité des malad. des Europ. au Sénégal*. Paris, 1876 et 1879. — Du même : *Traité des malad. des Europ. aux Antilles*. Paris, 1881. — Du

même : *Traité théoriq. et clinique de la dysent.* Paris, 1883. — Du même : *Note sur la ponction explorat. du foie.* Rev. de cliniq. et thérap., oct. 1887. — Bérengier et Moindrot : *Abcès du foie.* Bull. de la Soc. anat., 1877. — Bernard (Jh). *Essai cliniq. sur les abcès du foie.* Th. Montp., 1879. — Bouveret : *Obs. d'abcès du foie*, etc. Lyon méd., 10 avril 1880. — Bonnaud : *Q. considér. sur les abcès du foie observ. dans les pays chauds.* Th. Lyon, 1881. — Bestion : *Etude sur le Gabon.* Arch. de méd. nav., 1881, t. XXXVI. — Beaufils : *Notes sur la topograph. de Ving-Long.* Arch. méd. nav., 1881 et 1882. — Branningham : *Liver absc.* The Lancet, 1883, vol. II. — Bordier : *Géograph. méd.* Paris, 1884. — Bagot : *Obock en 1884.* Th. Bord., 1885. — Bellot : *Notes sur les abcès du foie observ. dans les pays chauds.* Th. Bord., 1886. — Buchanam : *Abcès du foie. Guérison spontanée.* The Practicioner, juin 1886. — Bruen : *A case of absc. of the liver and ulcer of the stomach.* The med. News (Philadelph.), 1886, t. XLIX. — Besson : *Topograph. med. du Rio-Nunez.* Th. Montp., 1887. — Bertrand (L. E.) et Fontan : *De l'entéro-colite chroniq. endém. des pays chauds.* Arch. de méd. nav., 1886, et Doin, 1887. — Bertrand (L. E.) : *Relat. d'une épid. de dysent. à Toulon*, etc. Arch. de méd. nav., 1888, et Doin, 1888. — Du même ; *Abcès du foie ; staphyloc. pyog. dans le pus et le tissu hépat.* Note à l'Ac. de méd., 19 mars 1889. — Du même : *De la cholerrhagie qui suit l'incis. des abcès du foie.* Rev. de méd., mars 1890. — Du même : *Relevé statistiq. des abcès du foie op. par la méth. de S. Little, dans les hôp. de la marine à Toulon, de 1882 à 1889 inclus.* Rev. de chirurg., août 1890. — Du même : *Frottement péri-hépatique et abcès du foie.* Note lue à l'Ac. de méd., 4 mars 1890. Rapp. de M. Rochard, 1er juillet 1890. Gaz. hebd., 4 oct. 1890. — Du même : *Orig. et nat. microbiennes non spécifiques de l'hépat. supp.* Note à l'Ac. de méd., 13 mai 1890. Rapp. de M. Rochard, 1er juil. 1890. Gaz. hebd., janv. 1891. — Du même : *Obs. d'hépat. supp. Quelques réflexions sur la prétendue stérilité du pus des abcès du foie.* Note lue à l'Ac. de méd. (17 avril 1894) et Gaz. hebd., avril 1894. — Bouchard : *Leçons sur les auto-intoxications dans les malad.* Paris, 1887. — Du même : *Thérap. des malad. infect.* Paris, 1889. — Du même : *Action des produits sécrét. par les microbes pathogènes.* Rev. de méd., juillet 1890. — Borius (J.) : *Contribut. à la géograph. méd. du Gabon.* Th. Montp., 1887. — Brochet : *Souv. méd. d'une campagne au Gabon.* Th. Montp., 1886. — Brossier : *Des abcès du foie expectorés.* Th. Paris, 1888.

— Bassompierre : *Abcès du foie traité par la méth. de Little.* Arch. de méd. milit., 1889, t. XIII. — Brown : *Antisept. evacuating trocar and canula for hepat. abs.* The Lancet, 1889, vol. II.— Bichon : *Diagn. et trait. de l'abcès dysent. du foie.* Th. Montp., 1890. — Barthélemy et Bernardi : *Trois cas d'abcès du foie,* etc. Bull. de la Soc. de chirurg., 8 janv. 1890 et Arch. de méd. milit., avril 1890, t. XV. — Boinet : *Note sur q. abcès du foie obs. au Tonkin.* Gaz. des Sc. méd. de Montp., 1890. — Du même : *De l'abcès du foie au Tonkin.* Congr. de Marseille, sept. 1891. — Buisseret : *La chylurie dans les abcès du foie.* Presse méd. belge, 1891. — Broca : *Abcès du grand droit de l'abdomen simulant un abcès du foie.* Gaz. hebd., 3 oct. 1891. — Bertrand (L.-E.) et Baucher : *Nouvelle étude bactériologique des selles dans la dysent. nostras épidémique.* Gaz. hebd., 6 octobre 1893. — Des mêmes : *Note sur la bactériologie des selles dans la dysent. chronique endémique des pays chauds.* Ibid. avril 1894.

Chevassu : *Etiolog. de quelq. abcès du foie.* Th. Strasb. (?) 1851. — Cabaud : *Considér. sur l'hépat. et les abcès du foie.* Th. Montp., 1851. — Carof : *De l'hépat. observ. à la Martinique.* Th. Paris, 1853. — Christine : *Considér. méd. sur St-Domingue.* Th. Montp., 1853. — Coles : *Hospital statist. of the Bombay presidency from 1rst April 1855 to 31st March 1856.* Transact. of the med. and phys. Soc. of Bombay, 2e série, III, 1857. — Cotholendy : *Quelq. considér. sur les endémies de la Guyane.* Th. Paris, 1857. — Chevers (Norman) : *A brief review of the means of preserving the health of Europ. soldiers in India.* Indian annals, vol. X, 1858. — Copland (James) : *A dictionary of practical medicine,* vol. II, Lond., 1858. — Clarke (R.) : *Remarks on the topograph. and dis of the gold Coast* Transact. of the epidemiological Soc. of Lond., vol. I, part. I, 1860. — Castella : *Abcès du foie.* Th. Paris, 1863.— Cameron : *On the treat. of acut. hepat. in its suppurat. stage.* The Lancet, août 1863. — Chassaniol : *Contribut. à la patholog. de la race nègre.* Arch. de méd., nav. 1865, t. III. — Cheval : *Relat. d'une campagne au Japon, en Chine et en Corée.* Th. Montp., 1868. — Cerf-Mayer : *Deux années de séjour à Alexandrie d'Egypte,* Th. Paris, 1869. — Castro (de) : *Abcès du foie trait. par la ponction.* Union méd., 1870. — Du même : *Des abcès du foie des pays chauds et de leur traitement chirurg.* Paris, 1870. — Chater : *Hepat. absc. following typh. fever.* British. med. journ., nov. 1873. — Colin : *Abcès du foie ouvert dans la veine-cave.* Union méd., 1873. — Carpentier : *Etude hyg. et méd. du Camp Jacob.*

Th. Paris, 1873. — CARBONNEL : *De la mortalité actuelle au Sénégal et partic. à St-Louis.* Th. Paris, 1873. — CALASTRI : *Epatit. suppurat. e successivo empyema.* Gaz. méd. Ital. Lombarde, février 1874. — CRUMB : *Multiple abscesses of the liver mista ken for gastric cancer.* Philadelph. med. and surg. rep., 1874. — CARSON : *Absc. of the liver and its treat.* New-York méd. record, 1875. — CARRESCIA : *Un caso di accesso hepat. aperto, per la via del pulmone.* Il. Morgagni, 1877. — CIARAMELLI : *Osserv. ed esperienze di clinic. med. sugli accessi del fegato.* Nap., 1880. — CURRAN (W.) : *Liver absc. and dysent.* The Lancet, 1881, vol. I. — CANDÉ : *De la mortalité en Cochinchine.* Paris, 1881. CARRINGTON AND SMITH : *Trop. absc. of liver : free incis. abscense of periton. adhesion.* The Lancet, 1883, vol. II. — COLLIN : *Topograph. méd. du Haut Sénégal.* Th. Paris, 1883. — COUSYN : *Q. considér. sur la path. des troupes d'inf. de marine en Nouvelle-Calédonie.* Th. Paris, 1883. — COLLOMB : *Hyg. et path. de l'Annam et du Tonkin.* Th. Lyon, 1883. — CHARLEWOOD-TURNER : *Dysent. absc. in the liver.* Path. Soc. of Lond. The Lancet, 1884, vol. II. — Cochinchine française : *Statistiq. méd. de 1863 à 1870.* Saïgon, 1885. — CRAIG : *Case of hepat. absc.* The Lancet, 1885, vol. II. — CARAVIAS : *Traitement des collect. purul. du foie par incision large et antisept.* Th. Paris, 1885. — CHASSÉRIAUD : *Au Tonquin.* Th. Bord., 1885 — CORRE : *Hépat. supp. des pays chauds.* Gaz. hebd., octob. 1885. — Du même : *Traité clinique des maladies des pays chauds.* Paris, 1887. — CHALLAN DE BELVAL : *Au Tonkin.* Paris, 1886. — CLIQUET : *Obs. d'abcès volum. du foie.* Arch. de méd. milit., 1886, t. VII. — CURNOW et SMITH : *Three hepat. absc. operat. and recovery.* The Lancet, 1886, vol. I. — COLSON : *A. case of multiple absc. of the liver.* Ibid. — CORNIL et BABÈS : *Les Bactéries.* Paris, 1886 et 1890. — CYR : *Traité pratiq. des malad. du foie.* Paris, 1887. — CHAMBARD : *Contribut. à la théorie infect. de la furonculose.* Progrès méd., 1887. — CHARTON et GILL : *Absc. of the liver treat. by antisept. incis. recovery.* The Lancet, 1888, vol. I. — CARAËS : *Des distomes du foie chez l'homme en Extrême-Orient.* Th. Bordeaux, 1888. — CHRISTMAS-DIRÇKNICK-HOMFELD (de) : *Recherches expériment. sur la suppurat.* Th. Paris, 1888. — CHAUVEL : *Sur quatre cas d'abcès trait. par l'incis. directe.* Arch. gén. de méd., 1889. — Du même : *Sur une complication peu commune des abcès du foie : la carie des côtes, etc.* Ibid. Juillet 1890. — CHAUFFARD : *De la guérison apparente et de la guérison réelle dans les affections hépat.* Arch. gén.

de méd., 1890. — Du même : *Foie*, in Trait. de méd. de Charcot et Bouchard. — Cabot : *Deux cas d'abcès du foie propagés à la cavité pleurale*, etc. Boston med. and surg., 1890, CXXII. — Claisse : *Abcès aréolaire du foie*. Soc. anat., 9 juin 1891. — Canniot : *De la résect. du bord inf. du thorax pour aborder la face convexe du foie*. Th. Paris, 1891. — Charrin et Roger : *Angiocholites microb. experiment.* Soc. de biol., 21 fév. 1891. — China : Custorns med. rep. *Clinical studies of dis. as observ. in China. Enterie fever*. 37[th] issue, 1891. — Cauvy : *Dysent. aig. Hépat. supp. ouverte par la méth. de Little. Guérison*. Arch. de méd. nav. et col., décemb. 1891. — Curnow : *Un cas d'abcès du foie. Opérat. Guérison*. The Lancet, 26 déc. 1891. — Clarac : *Obs. d'abcès du foie rec. dans les hôp. de la Martinique*. Arch. de méd. nav. et colon., novemb. 1892. Calmette (A) : *Étude expérimentale de la dysent... et des abcès du foie d'origine dysentérique*. Arch. de méd. nav. et colon. Octobre et nov. 1893. — Chambrelent : *Abcès du foie et grossesse*. Journ. méd. de Bordeaux. 22 octobre 1893.

Duhautiers : *De l'hépat*. Th. Paris, 1851. — Dowel (Mac) : *Case of absc. of the liver opening into the gastro-duodenal artery*. Dublin hosp. gaz., avril 1855. — Dutroulau : *Mém. sur l'hépat. et les abcès du foie*. Mém. de l'Ac. de méd., 1856. — Du même : *Topograph. méd. des climats intertrop*. Ann. d'hyg., 1858. — Du même : *Traité des malad. des Europ. dans les pays chauds*, 2[e] édit. Paris, 1868. — Du même : *Antilles*, in Dict. Encyclop. des sc. méd. (Dechambre). — Daullé : *Cinq années d'obs. méd. dans les établissements français de Madagascar*. Th. Paris, 1857. — Dutil : *Essai sur les contus. du foie*. Th. Paris, 1859. — Descroizilles : *Hépat. aig. supp*. Bull. de la Soc. anat., 1861. — Day (Francis) : *Med. topograph. of Cochin*. Madras quart. med. Journ., vol. III, 1861. — Dickinson : Transact. of the path. Soc. of. Lond. XIII, 1862. — Didiot : *Relat. méd. chirurg. de l'expéd. de Cochinchine*. Paris, 1865. — Duhamel : *Hépat. aig*. Gaz. des hôp., 1866. — Dieulafoy : *Abcès du foie*, ibid., 1867. — Dupont (Pierre) : *Notes et obs. sur la côte Orient. d'Amérique*. Th. Montp., 1868. — Delaire : *Abcès du foie consécut. à une f. typh*. Gaz. des hôp., 1869, n° 111. Duhallé : *Notes sur l'établiss. pénit. du Maroni (Guyane française)*. Th. Montp., 1870. — Destrais : *Quelques considérations sur la dysenterie chronique*. Th. Paris, 1872. — Duburquois : *Notes sur les maladies des Européens en Chine et au Japon*. Th. Paris, 1872. — Delas : *Quelq. considér. sur la Nouvelle-Calédonie et ses*

maladies. Th. Montp., 1873. — DEFAUT : *Hist. cliniq. de l'hôp. de Gorée (Sénég.) pendant l'année 1871*. T. Montp., 1873. — DUNCAN : *Absc. of the liver*. Med. times and gaz., 1875. — DUBAIN : *Essai sur l'hépat. supp. de nos climats*. Th. Paris, 1876. — DREYFOUS : *Abcès du foie : dysent. chroniq. de nos pays, etc*. Bull. de la Soc. anat., 1877. — DUPRÉ : *De la format. de l'urée, des rapp. de ce produit avec les fonct. et les malad. du foie*. Th. Montp., 1881. — DUPUY : *Q. complic. des abcès du foie du côté des org. respir*. Th. Paris, 1881. — DEBLENNE : *Étude géograph. de Nossi-Bé*. Th. Paris, 1883. — DAVRIL : *Considér. path. sur le poste de Sedhiou*. Th. Bord., 1885. — DUCHATELIER : *Considér. sur la genèse de l'hépat. supp*. Th. Paris, 1885. — DEVOTI : *Considér. méd. sur le Rio de la Plata*. Th. Paris, 1885. — DUTRIEUX : *Aperçu de la path. des Europ. dans l'Afrique intertrop*. Th. Paris, 1885. — DRIOUT : *Trait. d'un abcès vol. du foie par la méth. de Little*. Arch. de méd. milit., 1886. — DUCLOT : *Contrib. à la géograph. méd. Haut-Sénég. et Haut-Niger*. Th. Bord., 1886. — DUCWORTH (sir DYCE) : *On tropic absc. of the liver*. The Lancet, 1887, vol. I. — DEFONTAINE : *Trait. chirurg. des abcès du foie*. Gaz. des hôp., 1888. — Du même : *Abcès du foie, etc*. Rev. de chirurg., juill. 1890. — DIACRE : *Onze mois de séjour à Lang-Son (Tonkin)*. Th. Bord., 1888. — DUFOUR : *Q. considér. méd. sur deux cas d'hépat. supp*. Marseille méd., n° 8. — DUBUJADOUX : *Abcès du foie et du cerveau consécut. à une dysent*. Arch. de méd. milit., t. XIII, 1889. — DEBERGUE : *De la migrat. des abcès du foie dans la forme chroniq. de l'hépat. supp. des pays chauds*. Th. Mont., 1889.— DAGRON : *Abcès du foie : hépatomie par la voie thoraco-abdom*. Bull. de la Soc. anat., 24 janv. 1890. — DEMMLER : *Des indic. de la méth. de Little au point de vue des succès opérat*. Progrès méd., 2 mai 1891. — DANIN : *Contrib. à l'étude des diverses supp. intra-hépat*. Th. Paris, 1891. — DUPRÉ : *Les infect. biliaires*. Soc. anat., 16 janv. 1891. Th. Paris 1891 et Gaz. des hôp. 22 août 1891. — DOCK : *The amœba coli in dysent. and hepat. absc.*, etc. New-York med. Rec., 4 juill. 1891. — DUJARDIN-BEAUMETZ : *Foie antisept*. Bull. de thérap., 15 juill. 1891. — DABNEY : *Abcès du foie*. Assoc. des méd. améric. Washington, 24-26 mai 1892. Mercredi méd., 27 juill. 1892.

EHREL : *Etude sur la dysent*. Th. Paris, 1851. —EYRE : *A contrib. to the med. statist. of Europ. regiments in India*. Indian annals, vol. VI, 1856. — EWART : *A review of the treat. of tropic. dis*. Ibid., n° XIV, 1861. — EDDISON : *Absc. of the liver*. The Lancet, 1878, vol. I. — ERNAULT : *Des condit. étiolog. de la path. de la race*

nègre. Th. Paris, 1882. — Esclangon : *Rapp. méd. sur Obok* Arch. de méd. nav., 1889, t. LI. — Eichberg : *L'abcès du foie et les amibes du côlon.* Méd. news., 22 août 1891. Rev. internat. de bibliogr. méd., 25 déc. 1891.

Falot : *Quelq. considér. sur les malad. du foie.* Gaz. méd. de Montp., 1852. — Fowler : *Case of hepat. absc. opening into pericardium.* Transact. of the med. Soc. of Bombay, new series, n° II, 1855 (appendix).—Forget : Union méd., 29 mai 1856.—Frey (M. A.) : *Des blessures du foie et de l'hépat. traumat.* Th. Montp., 1857. — Furnell : *Two cases of hepat. followed by format. of absc. relieved by operat.* Madras quart. Journ. vol. III, 1861. — Du même : *Notes on absc. of the liver.* The Lancet, 1881, vol. I. — Frerichs : *Traité des malad. du foie.* Traduct. Dumenil et Pellagot, 1886. — Foiret : *Causes et lésions de l'hépat. supp.* Th. Paris, 1870. — Du même : *Indicat. sur la topograph. méd. du poste de Haï-Phong (Tonquin).* Arch. de méd. nav., 1877, t, XXVII.— Forné : *Contrib. à la géograph. méd. Grand Bassam.* Th. Montp., 1870. — Du même : *Cliniq. de l'hôp. milit. de Nouméa.* Arch. de méd. nav., 1888, t. XLIX. — Fagge (Hilton) : *Hepat. absc. following ulcerat. of the large intestine.* Transact. of the path. Soc. of. Lond., XXI, p. 235. — Francoz : Th. Paris, 1873. — Finlayson : *On the relations hip op the absc. of the liver to gastro-intest. ulcerations.* Glasgow med. journ., 1873.— Feréol : *Abcès hépato-péritonéal.* Union méd,, 1874. — Fenwick : *The détection of particles of hepat. structure in absc. of the liver.* The Lancet, 1877, vol. II. — Féris : *La côte des Esclaves.* Arch. de méd. nav., 1879, t. XXXI. — Du même : *Montevidéo.* Ibid., t. XXXII. — Follet : *Considér. sur l'état sanitaire de Pondichéry pendant l'année 1877.* Ibid. 1880, t. XXXIII. — Fayrer (sir Joseph) : *Liver absc. and antisept. paracentesis.* The Lancet, 1880, vol. I. — Du même : *Liver absc. and dysent.* Ibid. 1881, vol. I. — Du même : *Tropic. diseases.* Lond., 1881. — Du même : *Chronic dysent. and absc. of the liver opened first by aspirat. and then by direct incis. with antisept. precautions.* Transact. of the path. Soc. of Lond., 1881. — Du même : *On dysent. and liver absc.* The Lancet, 1883. — Friocourt : *Station du Levant.* Arch. de méd. nav., 1884, t. XLII. — Foucaud : *Epidém. de dysent. à Ninh-Binh (Tonkin).* Th. Paris, 1886. — Fras : *Etudes sur Chandernagor.* Th. Lyon, 1886. — Ferron : *Dysent. abcès du foie. péricardite.* Gaz. méd. hebd. de Bord., janv. 1886. — Du même : *Un cas d'hépat. supp. Statistiq. des abcès du foie, trait. par l'hépatomie*

antisept. Gaz. méd. de Bordeaux, 1887. — FARELL : *A case of absc. of the liver on a child three years and a half old.* The Lancet, 1887, vol. II. — FORTOUL : *Aperçu sur le clim. et la path. de la Guyane franç.* Th. Paris, 1887. — FELKIN : *On the geograph. distribut. of some tropic. dis.* Edimb. et Lond., 1889. — FONTAN : *Cathétérisme des voies biliaires.* Congr. de Marseille, sept. 1891. — Du même : *De l'ouverture large des abcès du foie.* Soc. de chirurg., 23 déc. 1891. — Du même : *Grands abcès du foie. Curetage. Bactériologie.* Soc. de chirurg., 27 juill. 1892. — FRAENKEL : *Un cas d'abcès hépat. suite de pérityphlite.* Berlin. Klin. Wochens., 2 nov. 1891.

GORDON (Ch.-Alex.) : *Hand book for med. officers of H. M. of service in India.* Lond., 1851. — GILDMEESTER. *Twee gevallen von leber absc.* Neederland weckblad voor geneeskunde, oct. 1855. — GUIPON : *Obs. de plusieurs abcès du foie,* etc. Rec. de mém. de méd. milit., 2e série, 1855. — GALLARD : *Hép. aig.* Union méd., 1855. — Du même : *Abcès du foie. Ponction.* Gaz. hebd., 1869. — Du même : *Leçons sur l'hépat. et les abcès du foie.* Union méd., 1871. — Du même : *Cliniq. méd. de la Pitié.* Paris, 1872. — GOGUEL : *Des abcès du foie.* Th. Strasb., 1856. — GASPERINI (de) : *Q. consid. sur les pays qui avoisinent la mer Rouge.* Th. Montp., 1856. — GESTIN : *De l'infl. des climats chauds sur l'Europ.* Th. Paris, 1857. — Du même : *Épidém. de dysent. dans le canton de Pontaven* (Finistère). Arch. gén. de méd., 1858. — GELINEAU : *Aperçu méd. sur l'île Mayotte.* Th. Paris, 1858. — GAUTHIER (G.) : *Deux années de pratique à Canton* (Chine). Th. Paris, 1853. — GRIFFON DU BELLAY : *Rapp. méd. sur le service de l'hôp. flottant la Caravane. Gabon.* Arch. de méd. nav., 1884, t. I. — GOODWIN : *Circumscribed or supp. inflamm. of the liver.* Brit. méd. journ., sept. 1864. — GAUTHIER : *Endém. du Sénég.* Th. Paris, 1865. — GRENET : *Souvenirs méd. de quatre années à Mayotte.* Th. Montp., 1866. — GREENHOW : *Absc. in the liver.* Transact. of the path. Soc. of Lond., 1868. — GARNIER : *Innocuité de la ponct. du foie.* Union méd., 1868. — GIRARD LA BARCERIE : *Consid. méd. sur la Cochinch., son climat, ses malad.* Th. Montp., 1868. — GAZET : *Q. consid. sur les abcès du foie.* Th., Montp. 1869. — GRAINGER-STEWARD : *A case of dilatation of the bile-ducts follow. by absc. of the liver.* Edimb. méd. Journ., 1873. — GIOMMI : *Di un accesso del fegato,* etc. Il Raccoglitore méd., 1873. — GUENEAU DE MUSSY (N.) : *Contribut. à l'hist. des abcès du foie.* France méd., 1875. — Du même : *Cliniq. méd.* Paris, 1885, t. IV. — GLUCK : *Ueber embolische lebe-*

rabscesse nach dysent. Berlin, 1878. — GREEN : *Case of hepat.-bronch. fistula.* The Lancet, 1878. — GENDRON : *Gros abcès d'orig. calcul.* Soc. anat., mai 1880. — GUIOL . *Topogr. méd. de Nossi-Bé.* Arch. de méd. nav., 1882, t. XXXVIII. — GULLIVER : *Case of trop. absc. of the liver ; parencentesis ; sub-periosteal removal of port. of ninth rib.*, etc. The Lancet, 1883, vol. I. GENNES (de) et KIRMISSON : *Note sur deux cas d'abcès vol. du foie*, etc. Arch. gén. de méd., sept. 1886. — GRALL : *Notes méd. relat. à l'hôp. d'Hanoï.* Arch. de méd. nav., 1886, t. XLV. — GAURAN : *Contrib. à l'étude de l'hépat. supp. des pays chauds.* Th. Bord. 1887. — GIRARD (H.) : *Essai de topograp. méd. de Ste-Marie de Madagascar.* Th. Montp., 1887. — GUILLET : *Contrib. à l'étude du pays de Porto-Novo.* Th. 1887. — GERVAIS : *A propos de q. hépat. consécut. à la f. typh. Obs. en Nouvelle-Calédonie.* Th. Paris, 1887. GRANT (bey) : *Rep. on some cases of liver absc. and their treat.* Congr. intern. de Washingt., 8 sept. 1887. Méd. News, vol. LI. — GRÉMILLON : *Q. consid. sur l'étiolog., le diagn. et le trait. des grands abcès du foie.* Th. Paris. 1889. — GIRARD (H) : *Hép. supp. multiple ; évac. du pus par l'int. et les bronches. Ouvert. directe au bistouri, d'un abcès ponct. deux fois. Syphilis. Guérison.* Arch. de méd. nav., 1889, t. LII. — GESCHWIND : *Abcès du foie*, etc. Arch. de méd. milit., 1889, vol. XIV. — GODLEE : *L'aspect chirurg. de l'abcès du foie.* Brit. med. Journ., Janv. 1890. — GILBERT et GIRODE : *Bact. coli comm. in angiochol. supp.* Soc. de biol., 1890. — Des mêmes : *Angiochol. infect. ascendantes.* Soc. de biolog., 21 mars 1891. - Des mêmes : *Pouvoir pyogène du bac. d'Eberth.* Soc. de biolog., 9 mai 1891, et Mercredi méd., 20 mai. — GIRAUD (B) : *Le pays du Bénin.* Arch. de méd. nav. et colon., 1891. — GUILLOTEAU : *Contrib. à la géograp. méd. des établis. franc. dans l'Inde. Chandernagor.* Arch. de méd. nav. et colon., sept. 1891.

HALIDAY : *Hepat. abs.* Dublin hosp. gaz., 1857, n° 5. — HUILLET : *Contrib. à la geog. méd. Pondichéry.* Arch. de méd. nav., 1887. — HUEY : *Two cases of hep. absc. following malarial fever.* St-Louis med. and surg. Journ., 1868. — HAYEM : *Abcès metast. du foie.* Soc. de biolog. et Bull. de la Soc. anat., 1870. — Du même : *Rech. cliniq. sur l'urobilinurie.* Soc. méd. des hôp., 22 juil. 1887. — Du même : *Du sang et de ses altér. morbides.* Paris, 1889. — Du même : *Consid. sur la valeur diagn. et pronost. de l'urobilinurie.* Soc. méd. des hôp., 13 déc. 1889. — HENDERSON AND NEIL MACLEOD : *Large, deep-seated, acute absc. of liver opened with*

antisept. precautions. The Lancet, 1878, vol. I. — Horn : *Case of hepat absc.* Philadelph. méd. and surg. reporter, 1879. — Hercouet : *Etude sur les malad. des Europ. aux îles Tahiti.* Th. Paris, 1880. — Henderson : *Peritoneal adhesions in tropic. absc. of the liver.* Th. Lancet, 1880, vol. II. — Du même : *Tropic absc. of the liver treat. by antisept. incis.* Th. Lancet, 1882, vol. II. — Du même : *A case of liver absc.* The Lancet, 1883, vol. II. — Hutinel : *De la convalesc. et des rechutes de la f. typh.* Th. d'agrég., 1883. — Harley : *A treatise on dis. of the liver.* Lond., 1882. Traduct. Rodet. Paris, 1890. — Du même : *Abcès du foie; traitement.* Brit. med. Journ., nov. 1889. — Houtang : *Rev. des derniers travaux sur la path. du foie.* Arch. gén. de méd., avril 1886. — Harris (Elwin) *Absc. of the liver; operat.*, etc. The Lancet, 1887, vol. II. — Héricourt : *Associations microb.* Rev. de méd., 1887. Handford : *L'hépat. dans la fièvre typh.* Transact. of the path. Soc. of Lond., 1888-89, XL, p. 129. — Hatch : *Hepat. Absc.* The Lancet, 1889, vol. I. — Hodeau : *Contrib. à l'ét. des accid. à distance qui se produisent au cours de certaines affect. du gros int., consid. surtout au point de vue de leur pathogén.* Th. Paris, 1889. Hache : *Abcès du foie.* Ac. de méd., 22 juill. 1890. — Halmiton : *Nécrose bactérienne du foie.* Cong. de Londres, août 1891. — Heuston : *L'hépatomie pour les abcès du foie.* Brit. med. journ., 2 av. 1892.

Indian Annals, n° VI, 1856 : *Statist. table of the sickness and mortality among the fighting men of H. M's and the H. C's Europ. and native troops of the Bombay presidency for 51 years*, etc. — Même rec., 1856, n° VII : *Statist. report on the sickness*, etc., *of the Bengal presidency for 42 years*, etc. — Irvine : *Aneurysm of hepat. artery in the cavity of on absc. of the liver; perfor. of the stomach and rupture of aneurysm into it.* Transact. of the path. Soc. of Lond., 1879.

Jacquot (F.). *Lettres d'Italie.* Gaz. méd. de Paris, 1850-54. — Du même : *Etude nouv. de l'endémo-épidémie annuelle des pays chauds.* Ann. d'hyg. publiq. et de méd. lég., 2e série, t. VIII, juill. 1857. Jourdanet : *Du Mexique.* Paris, 1861. — Du même : *Les altitudes de l'Amérique tropic.* Paris, 1861. — Julien (Ch.) : *Aperçu sur les lés. anat. de la dysent. en Cochinch.* Th. Montp., 1864. — Jubelin : *Topograph. méd. du pays d'Aouémi (C.-d'Or).* Th. Montp., 1866. — Jaccoud et Dieulafoy : *Abcès du foie : ponctions multiples.* Gaz. des Hôp., 1867. — Jaccoud : *Innocuité de l'hépatocentèse.*

Union méd., 1868. — Du même : *Traité de patholog. int.*, 2e édit., 1872 et 7e édit , 1883. — Du même : *Sur l'infect. purul. suite de pneumonie.* C. rend. de l'Ac. des sc., 1886. — JEAN : *Q. consid. sur l'hépat. et les abcès du foie.* Th. Montp., 1870. — JAMESON : *Notes on a case of hepat. absc.* The Lancet, avril 1871. — JUBIOT : *Hépat. supp.* Mouv. méd., 1873. — JOHNSTON (James) : *Hépat. absc. successfully treat. by aspirat.* The Lancet, 1879, t. II. — JANESSON : *Abcès idiopath. du foie ouv. dans la plèvre.* New-York med. journ., 1879. — JAUBERT : *Du parasitisme microb. latent.* Th. Paris, 1886. — JEANNIN : *Lithiase bil. et abcès du foie.* Lyon méd., fév. 1891.

KUSMAULL : Berlin. Klin. Wochens, 1868. — KERMORGANT : *Consid. sur l'hyg. en Nouvelle-Calédonie.* Th. Montp., 1871. — KING : *Hepat. absc.* Brit. med. journ., déc. 1873. — KELSCH : *Les affections du foie en Algérie et les variat. de l'urée.* Progr. méd., 1880. — KIENER : *Abcès du foie ouv. dans les bronches. Diagn. fondé sur l'ex. microscop. du pus.* Gaz. hebd. de Montp., 1886, n° 48. — KERGROHEN : *Etude sur la pathog. de Tahiti.* Th. Bord., 1887. — KIENER et ENGEL : *Sur les causes de la réaction dite hémaphéique des urines.* Société de biologie, 26 mars 1887. — Des mêmes : *Sur les rapports de l'urobilinurie avec l'ictère.* Soc. de biolog., 9 avril 1887. — Des mêmes : *Sur les condit. pathogén. de l'ictère et ses rapports avec l'urobilinurie.* Arch. de physiolog., août 1887. — KELSCH et KIENER : *De la nat. de l'hépat. supp. des pays chauds.* Arch. gén. de méd., 1888. — Des mêmes : *Traité des malad. des pays chauds.* Paris, 1889. — KARTULIS : *Zur aetiolog. der leberabsc*, etc. Centralblatt. f. bakteriolog. und parasitenkunde, II, n° 25, analyse in The Lancet du 24 déc. 1887. (*Organisms in dysent. and hepat. absc.*) — Du même : *Ueb. tropisch. leberabsc.* Arch. f. path. anat. u. phys. CXVIII heft. I. Analyse in Rev. des sc. méd. 15 juill. 1890. — Du même : *Q. recherch. sur la pathogénie des amibes de la dysent.* Centralblatt. f. Bakt. u. parasit. 21 mars 1891. Analyse in Semaine méd., 20 mai 1891. — Du même : *Dysent. et abcès du foie.* Bull. méd. 18 juin 1893.

LE HIR : *Considér. sur l'hépat. et les abcès du foie dans les pays intertropic.* Th. Paris, 1856. — LAJOUX : *Consid. sur les malad. de la Côte-d'Or (Côte occid. d'Afrique).* Th. Montp., 1857. — LAGARDE : *Abcès du foie observ. en Afrique.* Th. Paris, 1857. — LEGRAIN : *Aperçu topograph. et méd. sur les comptoirs de Grand-Bassam et d'Assinie (C. occid. d'Afrique).* Th. Montp., 1858. — LESTRILLE :

Essai méd. sur le comptoir du Gabon. Th. Paris, 1859. — LAURE : *Consid. prat. sur les malad. de la Guyane.* Paris, 1859. — LOWER : *Ein fall von leberabsc.* Berl. Klin. Wochens,. 1864. — LEROY DE MÉRICOURT : *Contrib. à la géograph. méd.* Arch. de méd. nav., 1864, t. II, etc. pass. — LAVIGERIE : *De l'hépat. et des abcès du foie.* Th. Paris, 1866. — LARIVIÈRE : *Ét. cliniq. des abcès du foie dans les pays chauds.* Rec. de mém. de méd. milit., 3e série, XX, 1868. — The lancet : 1870, vol. II. *Liver pathology old and new.*—Ibid. : 1877, vol. I. *Relat. of the liver to the format. of urea.*—Ibid. : 1878, vol. I. *Absc. of the liver sequent. to dysent. aspirat. death. necropsy.*—Ibid. : 1881, vol. I. *Hepat. absc. and dysent.*— LANGLET : *Abcès du foie.* Bull.de la Soc. anat., 1871.—LAVERAN : *Traité des malad. et épid. des armées.* Paris, 1875. — Du même : *Contrib. à l'anat.path. des abcès du foie.* Arch. de physiolog., 1879.—Du même : *Abcès du foie sans microbes.* Soc. méd. des hôp. 25 juill. 1890. — LACAZE : *Obs. d'un abcès double du foie.* France méd., 1879. — LEVÊQUE : *Des complic. dans la convalesc. de la f. typh.* Th. Paris, 1881. — LIDIN : *Coup d'œil sur la climatolog. et la patholog. du Sénégal.* Th. Paris, 1882. — LONG : *Des div. méth. de trait. des abcès du foie.* Th. Montp., 1884. — LONGUET : *Du frottement péri-hépat.* Union méd., 1886. — LOTA : *Deux ans entre Sénégal et Niger.* Th. Paris, 1887. — LE SCOUR : *Relat. d'une épidém. de dysent. nostras observ. à Toulon,* etc. Th. Montp., 1888. — LAGRANGE : *La patholog. des Europ. à Hué.* Arch. de méd. milit., 1888, t. XII. LAFFONT : *Campagne 1887-88 dans le Soudan français.* Arch. de méd. nav., 1889, t. LI. — LAUGIER : *Consid. sur le climat et la path. de la Guyane française.* Th. Montp., 1889.—LEGRIS : *Contrib. à l'étude du foie dans la f. typh.* Th. Paris, 1890. — LÉO : *Obs. d'hép. supp. rec. à l'hôp. marit. de Cherbourg.* Arch. de méd. nav., déc. 1890. —Du même : *Nouv. obs. d'hép. supp. rec. à l'hôp. marit. de Cherbourg.* Ibid., avril 1891. — Du même : *Obs. d'hépat. supp.*, etc. Ibid., sept. 1892. — LÉTIENNE : *Rech. bactériolog. sur la bile humaine.* Arch. de méd. expériment., nov. 1891. — LUTZ : *Etude des amibes de la dysent. et de l'hépat.* Centr. f. bak., 1891. — L'HELGOUACH : *Etude de la pathog. de l'hépat. supp. Orig. microb. non spécifique.* Th. Bord., 1892. — LABADIE-LAGRAVE : *Malad. du foie.* Paris, 1892. — LEBLOND : *Diagn. et trait. des abcès du foie.* — Th. Paris, nov., 1892. — Du même : *Diagn. des abcès du foie.* Gaz. des hôp., 4 fév. 1893.— LOISON et ARNAUD : *Contrib. à l'étude pathogén. des abcès tropic. du foie.* Rev. de méd., nov. 1892.

Marcet : *De la nature des graisses qui se trouvent dans le sang.* Gaz. méd. de Paris, 1851. — Mercadier : *De l'hépat.* Th. Paris, 1853. — Mouret : *Hép., sa coïncid. avec la dysent.* Th. Paris, 1853. — Mattei : *Abcès du foie ouv. dans l'intest.* Rev. méd. chirurg,, mai 1855. — Macnamara (C. N.) : *Fatty degeneration of the liver*, etc. Indian Annals, n° V, 1855. — Mac Lean (W. Campbell) : *On the abuse of mercury in hepat. dis.* Indian Annals, vol. III, 1856. — Mac Lean (id ?) : *Abcès du foie.* In Reynold's system. of med. — Mac Lean (id ?) : *On the diagnost. value of vomiting in some cases of hepat. absc.* Brit. med. journ., août 1874. — Mac Lean (id ?) : *Dis. of tropic. climates.* Lond., 1886. — Martin (W.) : *Notes on the Cape of good Hope.* Indian Annals, n° VII, 1857. — Macpherson (Hugh). : *Analysis of the later med. returns of Europ. troops in the Bengal presidency.* Indian annals, janv. 1858, t. IX. — Morton (J. S.) : *Case of dysent. diarrh... terminating fatally in hepat. absc.* Madras quart. med. journ., 1861. — Mackay : *Case of absc. in the liver.* Ibid. — Moore : *A manual of the dis. of India.* Lond., 1861. — Du même : *Health in the tropics.* Lond., 1862. — Madras quart. med. journ., 1861 : *A case of absc. in lower part of right lung, closely simulating hepat. absc. and terminating fatally.* — Marroin : *Abcès du foie.* Arch. gén. de méd., 1862, 5e série. — Du même : *Note sur la constit. méd. de Constantinople pendant l'automne 1867.* Arch. de méd. nav., 1868, t. IX. — Macnamara (F. N.) : *On the path. of hepat. absc.* Indian Annals, n° XV, 1862. — Massy : *On hepat. dis.* The statistical sanitary and med. rep. of the army for 1863, vol., V. — Mahé : *Etude sur les malad. endém. du Sénégal.* Th. Montp., 1865. — Du même : *Programme de séméiotique pour l'ét. des malad. endém.* Arch. de méd. nav., 1876-79. — Du même : Art. *géograph. méd.* du Dict. Encyclop. des sc. méd. (Dechambre). — Murchinson : *Abcès of the liver.* Transact. of the path. Soc. of Lond., 1867. — Du même : *Obs. on the climate and dis. of Burmah.* Edimb. med. and surg. journ., 1854. — Du même : *Pyoemic absc. of the liver.* The Lancet, fév. 1868. — Du même : *Leçons sur les malad. du foie*, traduct. Cyr. Paris, 1878. — Monnerot : *Consid. gén. sur les maladies endém. obs. à l'hôp. du Gabon pendant l'année 1864-65.* Th. Montp., 1868. — Mazé : *Contrib. à la géograph. méd. Obock (Mer Rouge).* Arch. de méd. nav., 1869, t. X. — Moxon : *Absc. of the liver.* Path. Soc. of. Lond. Th. Lancet, 1872, vol. II. — Du même : *Large, single absc. of the liver secondary to ulcere of intestine.* Transact. of the Path. Soc., 1873. —

MICHEL : *Abcès du foie ouv. dans les bronches.* Archives de médecine Belges, 1873. — MAYET : *Contrib. à l'étude des abcès du foie.* Gazette hebdomadaire, 1873. — MAC-LEAN (C. B.) : *A case of absc. of the liver; recovery after the abstract. by Dieulafoy's aspirat. of 106 oz. of pus.* The Lancet, 1873, vol. II. — MOUTARD-MARTIN : *Abcès du foie.* Bull. de la Soc. anat., 1874. — MEARS : *Case of hepat. absc. evacuating through the right lung ending in recov.* Philadelph. med. and surg. Rep., 1874. — MURILLO : *Contribuz. allo stud. della hepat. suppur. del Chile.* Riv. clin. di Bologna, 1875. — MOSSÉ : *Abcès du foie pris pour une pleur. purul.* Bull. de la Soc. anat., 1877. — MENDELSON : *Abcès du foie compliq. d'empyème.* Americ. journ. of med. sc., juill. 1881, et Union méd., 1881. — MAUREL (Anat.) : *Étude cliniq. sur les abcès du foie.* Th. Paris, 1881. — MAGET (G.) : *Climat et valeur sanit. du Tonkin.* Arch. de méd. nav., 1881, t. XXXV. — Du même : *Hyg. de l'Europ. au Tonkin.* Ann. d'hyg., janv. 1886. — MESHERRY (Richard) : *Suppurat. hepat. evacuat. of a large absc.* Philadelph. med. news., 1882, vol. XL. — MANSON (P.) : *On the operat. treat. of hepat. and hepat. absc.* China. Customs Rep. 26th issue, 1883. — Du même : *Opération pour abcès du foie.* Soc. Huntér. de Londres, 13 janv. 1892. Mercred méd., 27 janv. — MOORE : *Cause of hepat. absc.* The Lancet, 1885, vol. II. — MARTIN-DUPONT : *Abcès du foie ouv. par la méth. de Little.* Arch. de méd. nav., 1885. — MICHEL : *Abcès du foie trait. par la méth. de Little.* Ibid. — MAUREL : *Hématimétrie norm. et path. des pays chauds.* Ibid. — MABBOUX : *Traitement chirurg. des abcès du foie.* Rev. de chirurg., 1887. — MORAND : *Le poste de Nam dinh dans le delta du fleuve Rouge.* Paris, 1887. — MITTRE : *Note sur le diagn. et le trait. chirurg. des abcès du foie.* Th. Lyon, 1887. — MOLIÈRE : *Calculs et abcès du foie.* Lyon méd., 1888. — MORVAN : *De la règle à suivre dans les abcès du foie ouv. dans les bronches.* Th. Bord., 1888. — MARESTANG : *De l'hyperglobulie physiolog. des pays chauds.* Rev. de méd., 1890. — MARSTON (Jeff.) : *Obs. on absc. and other dis. of the liver.* The Lancet, 1890. — MEJIA (de Mexico) ; *Hépat. des pays chauds.* Congr. de Berlin, 1890. — MICHON : *Contrib. à l'ét. des supp. dans la f. typh.* Th. Lyon, 1890. — MARFAN et LION : Deux cas d'inf. gén. par le b. coli comm. dans *le cours d'une entérite dysentériforme.* Soc. de biol., 24 oct. 1891 et Sem. méd., 28 oct. — MEACHEN : *Calculs biliaires évac. à travers un abcès.* The med. Standard, août 1891. Rev. internat. de bibliograph. méd., 25 déc. 1891. — MONOD : *Abcès du foie.* Soc. de chirurg.,

30 déc. 1891 et Méd. moderne, 7 janv. 1892. — MENOCAL : *Abcès du foie.* Revista de ciencias med. de la Habana. Avril 1892. Analys. in Rev. internat. de bibliograph., 25 juin 1892. — MOTY : *Des abcès du foie.* Gaz. des hôp., 29 oct. 1892. — MACLEOD (Neil) : *Is dysentery the invariable precursor of tropical liver abcess ?* Brit. med. journ. 31 mars 1894. — MANSON (P.) : and James Galloway : *Remarks on amoœbic abscess of the liver.* Ibid.

NORMAND : *Note sur deux cas de colite parasitaire.* Arch. de méd. nav., 1879, t. XXXII. — NIELLY : *Nouv. élém. de path. exotique.* Paris, 1881. — NAVARRE : *Notes sur l'hépat. supp. d'orig. tropic.* Lyon méd., 16 mai 1886. — NETTER : *Présence normale de deux microb. pathog. dans le canal cholédoque.* Soc. anat., oct. 1887. — Du même : *Abcès du foie d'orig. exotique.* Soc. méd. des hôp. 11 juill. 1890. — NAUNYN : *Micro-org. de la vésic. biliaire.* Soc. des méd. de Strasbourg, 16 janv. 1891. Semaine méd., 4 févr. — NAUMEYER : *Présence de bact. dans la vésic. bil.* Union méd., 8 août 1891.

ORABONA : *Relat. méd. d'une campagne sur la côte occid. d'Afrique et dans la mer Rouge à bord du brick le Génie.* Th. Montp., 1860. — OLMETA : *Contrib. à l'hist. de l'hép. des pays chauds.* Th. Montp. 1868. — ORNELLAS (d') : Art. *Pérou* du Dict. encyclop. des sc. méd. (Dechambre). — OLOF PAGE : *Case of hepat. absc.* Americ. Journ. of med. sc., vol. LXXII., 1876. — ORR (James) : *A case of hepat. absc. discharg. through. the bronch. tubes. recov.* Philadelph. Acad. of surg. in Philadelph. med. news, vol. XLIII, 1883. — OROMI : *Q. réflex. sur un cas d'hépat. supp.* Th. Montp., 1889. — OMONT : *Abcès du foie chez un enfant de 5 ans.* Normandie méd., 1889. — OSLER : *Des amibes existant dans la dysent. et les abcès du foie dysent.* Centralb. f. Bak., etc., 21 mars 1890. Analys. in The Lancet, 7 juin 1890, p. 1251 (*Amoebae in dysent*, etc.).

PÉRIER (J.) : *Des abcès du foie*, etc. Rec. de mém. de méd. milit., 2[e] série, vol. XIX, 1857. — PELLIZARI : *Entrée de lombrics dans le foie.* Lo Sperimentale, janv. 1864. Rapport. in The half-yearly abstract of the med. sc., vol. XLII, 1862. — PEACOCK : *Abs. of the liver.* Med. Times and. Gaz., nov. 1867. — PRUDHOMME : *Abcès du foie ouv. dans la plèvre.* Gaz. des hôp., 1869. — PAGET (sir James) : *On residual absc.* S[t] Barth. hosp. rep. 1869, V, et *Leçons de cliniq. chirurg.*, traduct. Petit, 1877. — PAYNE : *Two cases of supp. of the liver consequent on irritation of the append, vermiform.* etc. Transact. of the path. Soc. of. Lond., XXXI. — PICHEZ : *De la dys. endém. de Cochinch.* Th. Paris, 1870. — PACHECO : *Abcès du foie guéri par la ponct.*

Gaz. méd. de l'Algérie, 1871. — PALASNE CHAMPEAUX : *Les côtes du Brésil et de la Plata.* Th. Montp., 1874. — PEPPER : *Hepat. absc. opening externally in right side.* Philadelph. med. Times, 1875. — Du même : *Absc. of the liver following dysent.* New-York med. Rec., 1879. — PAGE : *Case of hepat. absc.* Americ. Journ. of med. sc.. 1876. — POIGNÉ et POIRIÉ : *Hép. supp.* Bull. de la Soc. anat., 1876. — PÉLISSIER : *Consid. sur l'étiolog. des maladies les plus comm. à la Réunion.* Th. Paris, 1881. — PETIT (J. H.) : *De la valeur cliniq. des sympt. fournis par les ulcérations intest.* Th. Paris, 1882. — POUL (de) : *Sur le trait. de l'hép. circonscrite supp.* Th. Paris, 1882. — PACKARD : *Supra-hepat. absc.* Philadelph. ac. of surg. 4 avril et 7 mai 1883. Med. news, vol. XLIII. — POWELL (Douglas) : *Case of hepat. absc. following duodenal ulcer.* The Lancet, 1884, vol. I. — PY : *Du trait. des abcès du foie.* Th. Montp., 1884. — POINCARRÉ : *Prophyl. et géograph. méd. des malad. tribut. de l'hyg.* Paris, 1884. — POMMAY : *Obs. d'abcès du foie ; trait. par ponct. et incis.* Arch. de méd. milit., 1886. — PERLIS : *De la pyohémie consécut. à la pneumonie franche.* Th. Paris, 1887. — PAVY : *Abcès tropic. du foie ; trait. avec succès par l'évac. antisept.* Med. times and Gaz., août 1888. — POLGUÈRE : *Des infect. secondaires*, etc., Th. Paris, 1888.— PORÉE : *Etude analyt. des sympt. de la dysent. aig.* Th. Bord., 1888. — PEL : *Diagn. des abcès du foie.* Congr. de Berlin, 1890. — PEYROT : *La stérilité du pus des abcès du foie et ses conséq. pratiq.* Soc. chirurg., 7 janvier 1891, et Mercredi méd., 14 janv. — PHILIPPI : *Deux cas d'abcès du foie ; trait. par le drainage syphon.* Brit. med. Journ., 13 févr. 1892. — PASQUALE (Aless.) : *Spedizione scientifica Kruse-Pasquale per lo studio della dissenteria e dell' accesso epatico in Egitto (relazione preliminare).* Giornale med. del. R° esercito e della Rª marina, 1893. — PETIT (A). *Abcès du foie à marche rapide avec pus stérile.* Soc. méd. des hôp., 12 janv. 1894.

RIEGLER : *Ub. leber absc.* Wien med. wochenschr. 1856, n° 46. — RANALD MARTIN : *Infl. of tropic. climates on Europ. constitutions.* Lond., 1856. — Du même : *Infl. of tropic. climates in producing the acute end. dis. of Europeans.* etc., Lond. 1861. — ROGERS : *Three case of hepat. absc.* Brit. med. Journ., 1857. — *Report on the climate and princip. dis. of the Afric. station.* Londres, 1887, — ROUIS : *Recherches sur les supp. endémiq. du foie.* Paris. 1860. — RICHAUD : *Topograph. méd. de la Cochinch. franç.* Arch. de méd. nav., 1864. — RANSE (de) : *Hépat. sub. aig. terminée par supp.* Gaz. des hôp., 1867. — RAMIREZ : *Traitement des abcès du*

foie, etc. Paris, 1867. — Rufz de Lavison : *Chronolog. des malad. de Saint-Pierre* (Martinique). Arch. de méd. nav., 1869. — Roullet : *Etude sur les princip. caract. de la dysent. endém. des pays chauds et les lésions hépat. qui l'accompagnent*. Th. Paris, 1870. — Ritchey : *Hepat. absc.* Philadelph. med. and surg. reporter, mars 1871. — Rochard (J.) : *Etude synth. des malad. endémiq.* Arch. méd. nav., 1871. — Du même : Art. *Acclimat.* du Dict. de Jaccoud. — Du même : *Méthode de Little*. Bull. de l'Ac. de méd., oct. 1880 et 1882. — Rosapelly : Bull. de la Soc. anat., 1872. — Rey : Art. *Géograph. méd.* du Dict. de Jaccoud. — Du même : *Le Tonkin*. Arch. de méd. nav., 1887. — Ralfe : *Abcès du foie trait. par aspirat. puis par large incis.* Med. times and gaz., 1874. — Du même : *Acute hepat. occurring in a case of dysent. immediat relief afford. by punct. of the liver*. The Lancet, 1876. — Du même : *Absc. of the liver without pyroexia*, ibid., 1877. — Du même : *Hepat. absc.*, ibid., 1887, vol. I. — Rivet : *Abcès vol. du lobe g. du foie ouv. dans l'estomac*. Rec. de mém. de méd. milit., 1878. — Rochas (de) : Art. *Chili* du Dict. Encyclop. des sc. méd. (Dechambre). — Rendu : Art. *Foie* (patholog.), ibid. — Raynaud (F.) : *Souv. méd. de Cochinchine*. Th. Montp., 1880. — Richard : *Etude d'un nouv. mode de trait. des abcès du foie*. Rec. de méd. mil., série III, t. XXXVII, 1881. — Reid : *Hepat. absc. terminating fatally*. The Lancet, 1883. — Rousse : *Des ouvert. des abcès du foie*. Th. Montp., 1884. — Riou-Kérangal : *De l'hépatomie antisept.* Th. Montp., 1884. — Roy : *Case of liver absc. free incis. and drainage recov.* The Lancet, 1884, vol. II. — Ramonet : *Trait. des abcès du foie par la méth. de Little*. Arch. de méd. milit., 1887. — Roux (F.) : *Trait. prat. des malad. des pays chauds*. T. II, 1887. — Reinhold : *Abcès du foie consécut. à une pérityphlite latente*. Münchner med. Wochenscr., 1887, n° 34. — Roux-Fraissineng : *Contribut. à l'ét. de la dysent. épidém. nostras*. Th. Montp., 1888. — Rozemont-Malbot : *Deux obs. d'abcès du foie trait. par la méth. de Little*. Arch. de méd. milit., vol. XIV, 1889. — Romberg : *Ueb. leberabsc. b. typh. abdom.* Berl. Klin. Woch. mars 1890. Analys. in Rev. des sc. méd., 15 janv. 1891. — Raymond : *Sur les rapp. de certaines affect. du foie avec les infect. microb.* Semaine méd., 1er août 1891. — Du même : *Prop. pyogènes du b. d'Eberth*. Soc. méd. des hôp., 20 fév. 1891, et Mercredi méd., 25 fév. — Raffi : *Pathogénie cliniq. de la supp. des kystes hydat. du foie*. Th. Paris. 1891. — Rhein (J.) : *Les amides du côlon*. Méd. news., 9 janv. 1892. — Rigaud : *Abcès du foie latent*. Lyon

méd., 10 décembre 1893. — Rho (F.) : *L'epatite suppurat. nei paesi caldi e temperati secondo gli studi piu recenti.* Collez. italiana di letture sulla medicina, Série VI, n° 12. — Du même : *La disenteria e le sue forme rispetto all' ambiante sociale, ai climi e alle stagioni.* Ibid., série VII, n° 3.

Schmidt : *Drie gevallen van leberabsc.*, etc. Neederl. Weeblad voor geneeskunde. Juill. 1851. — Du même : *Waarneming van absces-voorming in de lever.* Ibid. 1856. — Stovell : *Notes on the climatolog. of the cape of good Hope.* Transact. of the med. Soc. of Bombay, n° X, 1851. — Du même : *Cases of absc. in the liver*, etc. Ibid. New series n° 1. 1853. — Du même : *Statist. of the more import. dis. admitt. into the Europ. gen. hosp. at Bombay during ten years, from 1st april 1846 to 31 march 1856.* Ibid. New series, n° III, 1857. — Sistach : *Abcès du foie op. et guéri par la ponct. suiv. d'inject. iodées.* Rec. de mém. de méd. milit., 3e série, t. XX. — Smart (W.) : *Obs. on the climatolog. topograph. and dis. of Hong-Kong and the Canton River stat.* Transact. of the epidem. Soc. of. Lond., vol. I, part. II, 1862. — Sergent : *De l'hépat. aig. spontanée.* Th. Paris, 1862. — *Statistic. Rep. on the sickn. and mortality in the army of the U. S.* Washingt., 1866. — Saint-Vel : *Traité des malad. des rég. intertrop.* Paris, 1868. — Saux : *De l'hépat. des pays chauds.* Th. Paris, 1868. — Sachs : *Diagnost. des abcès du foie.* Gaz. hebd. 1868, n° 14. — Du même : *Ueb. die hepat.*, *etc.* — Langenbeck's archiv. f. Klin. chirurg. analys. de Van Leent in arch. de méd. nav., 1878. — Starr : *Case of hepat. absc. occurring in a child.* Transact. of the college of physic. of Philadelph. 1876. — Du même : *Abcès hépat. dans un cas de kyste ovarique supp.* Philadelph. med. times, nov. 1879. — Snech-marns : *Hepat. supp.* Presse méd. belge, 1876. — Simmons : *An extraordinary case of biliary absc.* Americ. Journ. of. med. sc. 1877. — Santelli : *Q. consid. méd. sur le poste de Dakar.* Th. Montp., 1877. — Simhold : *Leberabsc. nach helminthiasis.* Jahrb. f. Kind. 1878. — Simon (J.) : Art. *Foie* du Dict. de Jaccoud. — Southey : *A case of suppurat. hepat. secondary to thromb. of the portal vein.* The Lancet, 1879. — Sims (Marion) et Hammond : *De l'aspirat. des abcès du foie.* Virg. med. Monthly. Janv. 1880. — Savatier. *Station nav. de l'Océan Pacif.* Arch. de méd. nav., 1880, t. XXXIII. — Savard : *Hépat. supp. à frigore.* Bull. de la Soc. anat., 18 fév. 1881. — Sollaud : *Rapp. méd. sur la campagne du Kerguelen.* Arch. de méd. nav., 1882, t. XXXVII. — Du même : *Relat. d'un abcès du foie trait. par la méth. des méd.*

anglais en Chine. Guérison. Ibid. — SARRAZIN : *De la dysent. des pays chauds dans ses rapp. avec les malad. du foie.* Th. Montp., 1883. — STEVESON : *Notes of two cases of trop. liver absc. antisept. incis. and drainage.*, etc. The Lancet, 1888, vol. I. — Du même : *Further notes of cases of trop. liv. absc.* Ibid., 1889, vol. II. — SOUQUES : *Abcès multipl. du foie consécut. à un typhl. ulcér.* Bull. de la Soc. anat., 1889. — STEWART : *Chlorhyd. d'ammoniaque dans les affect. du foie.* Gaz. des hôp., 17 déc. 1891, d'après The Lancet. — Segond (P.). *Foie* in trait. de chirurg. de Duplay et Reclus, t. VII. Paris, 1892.

TRIADON : *Etude cliniq. sur les abcès du foie.* Th. Montp., 1863. — TOUCHARD. *Rivière du Gabon et ses malad.* Th. Montp., 1864. — THOMSON : *Obsc. of the liver bursting into right pleural cav.* Bull. méd. journ., févr. 1867. — Trader. *Case of hepat. absc.* St-Louis, méd. and surg. journ. 1868. — TAYLOR : *A case of absc. betw. the diaphrag. and the liver.* Guy's hosp., 1874. — TILT : *Health in India for British women.* Lond., 1875. — TAIT (Lawson). *Hépatomy.* The Lancet, 1881. — Du même : *La chirurg. du foie.* Édimb., méd. journ., oct. 1889. — TURNER : *Traumat. abcs. of the liver.* The Lancet, 1882, vol. I. — TANI : *Due operati per accessi epatici.* Bull. ac. de Rome, 1882. — TESTE D'ARMAND : *Obs. d'hépat. supp.* Gaz. des hôp., oct. 1885. — THOMAS (Jean) : *Contrib. à l'ét. de l'hepat. supp. des pays chauds.* Th. Montp., 1887. — THOMAS (Félix) et RAYNAUD (G.) : *Deux abcès du foie ; particularités cliniques.* Arch. de méd. nav., 1887. — TISSIER (P. L). *Essai sur la patholog. de la sécrét. biliaire.* Th. Paris, 1889-90. — TAVEL (de Berne). *Le bact. col. comm. et l'infect. d'orig. intest.* Analys. in Rev. de chirurg., 1890. — TOUSSAINT : *Abcès du foie.* Lyon méd., fév. 1891. — TIZZONI : *Cont. allo stud. delle vie d'elminiozione dall' organismo dello stafilococco pyg. aureo.* Riforma med., 4 mai 1891. — TUFFIER : *Stérilité du pus dans les abçès hépat.* Soc. de chirurg., 12 oct. 1892.

VIDAILLET : *De l'hépat. des pays chauds.* Th. Montp., 1868. — VAN LEENT : *Les possessions néerland. des Indes orient.* Arch. de med. nav., 1868, t. X. — Du même : *La Guyane néerland.* Ibid. 1880, t. XXXIV. — VAYSSIÈRE : Bull. de la Soc. Anat., 1873. — VALLIN : *Abcès du foie consécut. à une contus. du périnée : guérison spont. par rupt. dans l'estomac.* Union méd., 1874. — VINAY : *Note sur la méth. de Récamier dans le trait. des coll. purul. du foie.* Lyon med., 1878. — VALMONT : *Variat. de l'urée dans les maladies du*

foie. Th. Paris, 1879. — Vedel : *Abcès de la partie convexe du foie : difficulté du diagnost.* Trib. med., 1880. — Veale (H) : *On the treat. of absc. of the liver.* The Lancet, 1881, vol. II. — Villedary : *Quelq. consid. sur la topograph., le climat et la morbid. du Haut-Tonkin, à prop. du poste de Than-Moï.* Arch. de méd. milit., 1887, t. IX. — Virchow : *Lésions intest. d'origine mercurielle ; leur ident. avec la dysent.* Berl. Klin. Woch., déc. 1887. — Vogler (G. W.) : *Suppurat inflamm. of the liver in a child ; operat. and recov.* The med. news (Philadelph.), t. L., 1887. — Valot : *Notes de path. exotique.* Arch. de méd. nav., 1889. — Vincent : *Contrib. à la géograph. méd. des Antilles et du litt. Est de l'Atlantique Nord.* Arch. de méd. nav. 1889, t. LI. — Du même : *Le Japon.* Ibid., t. LII. — Vermeij : *Trois cas d'abcès du foie.* Weebl. v. het. Nederl. Tidyschr., 1890. — Veillon et Jayle : *Bact. col. comm. dans un abcès dysent. du foie.* Soc. de biolog., 10 janv. 1891. — Verneuil : *Variétés microb. des abcès.* Cong. de chirurg., 1891, et Mercr. med., 8 avril.

Webb (H.) : *Tables and remarks on the med. statistics of the Europ. troops. stationed at Bombay,* etc., Transact. of the med. Soc. of Bombay. New séries, n° 1, 1853. — Waring (Ed.) : *Inquiry into the statis. and patholog. of somes points connect. with absc. of the liver.* Edim. med. Journ., 1855. — Du même : *Vital statist. of the Madras army.* Indian annals, oct. 1855, n° V. — Du même : *Statist. notes on some of the dis. of India.* Ibid., 1856, n° VI. — Wright : *Absc. of the liver opening into pleura and pericard.* Edimb. med. journ., janv. 1857. — Wolfes : *Leberabsc.* Deuts. Klin., 1864. — Westermann : *De Hepatitide suppurat.* Th. Berlin, 1867. — Ward : *Absc. of the liver.* The Lancet, 1868. — Watson-Wesdale : *Case of foreing. body embedded in the liver,* etc. The Lancet, oct. 1868. — Winiwarter : *Zur path. anat. der leber.* Wien. med. Jahrb., 1892. — Wickham-Legg : *Hepat. absc. opening through the pericard. and pleura.* Transact. of the path. Soc. of Lond., 1873. — Ward (Steph.) : *Hépat. absc. open. into lung and subsequent. Opened externally.* The Lancet, 1873, vol. I. — Waters : *Two cases of peri-hep. absc. bursting through the right leing.* Brit. med. Journ., 1877. — Wear : *Abcès du foie ouv. par la méth. antisept.* Ibid., janvier 1881. — Walter-Fergus : *Hepat. absc. in a young subject.* Th. Lancet, 1884, vol. I. — Wassermann : *De la peptonurie,* etc. Th. Paris, 1885. — White (J.-R.) : *Case of liver absc. with discharge of gall stones.* Th. Lancet, 20 sept.

1890. — WASDIN : *Un cas de dysent. dû aux amibes du côlon, avec autops.* Med. News, 5 déc. 1891. Rev. internat. de bibliograph., 25 mars 1892.

XIBILIA : *Un cas d'hép. supp.* Sicilia méd., n° 3.

YOUNG : *Hep. absc. recov.* Americ. Journ. of med. sc., janv. 1868,

ZANCAROL : *Nouveau proc. pour op. les abcès du foie.* Congr. des méd. grecs. Semaine médicale, 25 mai 1887, et Brit. med. Journ. 11 juin 1887.—Du même : *Pathogénie des abcès du foie.* 7e Congrès de Chirurgie. Paris, 1893. — Du même : *Traitement chirurgical des abcès du foie des pays chauds.* Paris, 1893.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I

Historique général

CHAPITRE II

Distribution géographique

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

CHAPITRE IV

Étiologie

CHAPITRE V

Pathogénie

CHAPITRE VI

Symptômes en général

CHAPITRE VII

Migrations

CHAPITRE VIII

Analyse des symptômes

CHAPITRE IX

Complications et Suites

CHAPITRE X

Diagnostic. — Pronostic

CHAPITRE XI

LILLE. — IMP. LE BIGOT FRÈRES, RUE NICOLAS-LEBLANC, 25

